

УДК 616.08–039

Доц. Б. С. ФЕДАК

## ФЕНОМЕНОЛОГИЯ АСТЕНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

КПЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»,  
Харьков

**Представлены данные клинико-психопатологического и патопсихологического обследования пациентов с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, гипертонической болезнью, транзиторными ишемическими атаками, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. 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.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, существует устойчивая тенденция к росту острых патологических состояний нехирургического профиля. Прежде всего это касается ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), кризов у пациентов с гипертонической болезнью и транзиторных ишемических атак (ТИА), бронхиальной астмы, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, диабетической комы и т. п.

Наиболее угрожающей эта тенденция является для сердечно-сосудистых и сосудисто-мозговых заболеваний, что послужило основанием для утверждения государственной целевой программы по борьбе с данными патологиями. Вместе с тем в работах многих исследователей указывается на

недостаточное изучение медико-психологического аспекта этой проблемы [1–3].

В решении этой проблемы есть несколько системообразующих направлений, которые требуют научного исследования и внедрения новых организационных форм реализации. Одно из них — создание новейших программ медико-психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на различных этапах их лечения и реабилитации [4, 5]. Это касается и других острых состояний различной системно-органной принадлежности.

Существуют научные исследования, в которых показан значительный уровень аффективных и невротических расстройств у этой категории

пациентов [6–9]. Вместе с тем остаются неопределенными вопросы особенностей формирования расстройств психической сферы, их течения и взаимосвязи непосредственно с соматическим заболеванием. Не решены также проблемы реабилитации этих больных с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, прежде всего пациентов с ИБС, ИМ, гипертоническими кризами (ГК) и ТИА, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, диабетической комой.

Пока не определены клиническая структура и динамика формирования непсихотических психических расстройств у этой категории больных и патогенетических механизмов их формирования на психологическом уровне; не изучен вопрос взаимодействия учреждений скорой и неотложной помощи, территориальных лечебно-профилактических мероприятий и санаторно-курортных мероприятий; не исследована проблема формирования устойчивой системы психотерапевтической коррекции и ступенчатой психосоциальной реабилитации больных ИБС, ИМ, ГК и ТИА, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, пациентов с диабетической комой.

Все вышеизложенное позволило обосновать проведение нашего исследования, целью которого было изучение астенических проявлений у больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля.

Было обследовано 187 больных, в том числе 34 — с ИБС, 37 — с ИМ, 39 — с ГК и 38 — с ТИА, 39 — с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них — 65 % мужчин и 35 % женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Исследование проводилось на базе Городской больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мешанинова, Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Областной клинической больницы (Харьков).

Были применены следующие методы исследования: клинко-психопатологический (с применением структурированного диагностического интервью), психодиагностические (шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина; опросник качества жизни (КЖ-100); шкала М. Гамильтона для оценки депрессии; методики определения типов акцентуаций характера К. Леонгарда — Г. Шмишека; диагностика показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки), клинко-катамнестический, социально-демографический, статистический.

Клинко-психопатологическое обследование больных показало, что их жалобы формировались непосредственно после купирования болевых

проявлений и, как правило, без дополнительных психотравмирующих воздействий.

Непосредственная причинно-следственная связь астенической симптоматики и скорость ее синдромологического проявления позволили нам идентифицировать это как астенический синдром соматогенного происхождения (АССП).

Соматогенный астенический симптомокомплекс у обследованных больных формировался быстро и был связан непосредственно с соматическим состоянием.

Выраженность АССП возрастала со степенью тяжести соматического заболевания. Первыми признаками АССП были явления физической и психической астении, общей слабости, повышенной утомляемости, ощущение бессилия, снижение способности к концентрации внимания, рассеянность, диссомнические нарушения, головная боль.

Довольно быстро присоединились расстройства эмоционально-волевой сферы: болезненная раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения с преобладанием негативных эмоций, подавленность, мрачность, ощущение тоски, внутреннего дискомфорта с элементами тревожности. Несмотря на то что симптоматика была достаточно выраженной, больные некоторое время не акцентировали на ней внимания, воспринимая ее как второстепенное, хотя и неприятное «дополнение» к соматическому заболеванию.

Разнообразная синдромологическая структурированность АССП позволила выделить четыре основных варианта: астенический (88 обследованных); астено-тревожный (41); астено-депрессивный (32); диссомнический (26).

Частота распределения выделенных синдромов у пациентов с соматическими заболеваниями с АССП представлена в таблице.

Часто встречающимся симптомом у больных соматическими заболеваниями с астеническим вариантом АССП была общая слабость, которая наблюдалась почти у каждого обследованного этой подгруппы ( $92,1 \pm 2,9\%$ ) и по распространенности достоверно превышала средний показатель в группе пациентов с АССП ( $80,0 \pm 3,3\%$ ).

У большинства обследованных больных с астеническим вариантом диагностировались быстрая утомляемость ( $85,2 \pm 3,8\%$ ), раздражительность, несдержанность ( $82,9 \pm 4,0\%$ ), затрудненное засыпание ( $75,0 \pm 4,6\%$ ), распространенность которых также достоверно превышала таковую в среднем у больных с АССП (соответственно  $67,1 \pm 5,0\%$ ,  $59,3 \pm 4,1\%$  и  $52,4 \pm 4,2\%$ ). Широко были представлены в этой подгруппе такие психопатологические симптомы, как непереносимость громких звуков, яркого света и ухудшение памяти (соответственно  $67,05 \pm 5,0\%$  и  $66,1 \pm 6,2\%$  против  $44,1 \pm 4,1\%$ ). Более

**Соотношение частоты диагностирования ведущей симптоматики в структуре выделенных вариантов основных психопатологических синдромов астенического синдрома соматогенного происхождения у пациентов с соматическими заболеваниями**

Варианты АССП			
астенический, <i>n</i> = 88	астено-тревожный, <i>n</i> = 41	астено-депрессивный, <i>n</i> = 32	диссомнический, <i>n</i> = 26
Общая слабость (92,1±2,9%)	Общая слабость (70,7±7,1%)	Общая слабость (71,9±7,9%)	Затрудненное засыпание (76,9±8,3%)
Повышенная утомляемость (85,2±3,8%)	Тревожность (53,6±7,8%)	Болезненно сниженное настроение (68,8±8,2%)	Поверхностный, беспокойный сон (73,0±8,7%)
Раздражительность (82,9±4,0%)	Повышенная утомляемость (60,9±7,6%)	Обидчивость (62,5±8,6%)	Отсутствие бодрости после сна (65,4±9,3%)
Затруднение засыпания (75,0±4,6%)	Раздражительность, несдержанность (53,6±7,8%)	Отсутствие бодрости после сна (59,4±8,7%)	Общая слабость (61,5±9,5%)
Непереносимость громких звуков, яркого света (67,1±5,0%)	Плаксивость (46,3±7,2%)	Равнодушие, апатия (53,1±8,8%)	Повышенная утомляемость (57,7±9,7%)

чем в половине случаев при астеническом варианте АССП у больных соматическими заболеваниями отмечались головная боль, ощущение тяжести в голове (61,0±6,4%), рассеянность, невнимательность (55,9±6,5%) и плаксивость (52,5±6,6%).

У больных с *астено-тревожным вариантом* АССП на первом месте по частоте диагностирования также была общая слабость, однако без существенного преобладания (70,7±7,1%). Почти с такой же частотой регистрировалась тревожность, распространенность которой в 1,5 раза превышала средний показатель у больных с АССП (53,6±7,8% против 42,1±4,1%). В 60,9±7,6% случаев в этой подгруппе диагностировались быстрая утомляемость, в 53,7±7,8% — раздражительность, несдержанность.

Для пациентов с *астено-депрессивным вариантом* АССП наиболее характерными оказались общая слабость (71,9±7,9%) и болезненно пониженное настроение, причем последний симптом достоверно превышал средний показатель (68,8±8,2% против 44,1±4,1%). Достоверно чаще в этой подгруппе диагностировались также обидчивость (62,5±8,6% против 40,0±4,1%), отсутствие чувства бодрости после ночного сна (59,4±8,7% против 42,1±4,1%), равнодушие, апатия (53,1±8,8% против 42,1±4,1%), а также чувство тоски (53,3±9,3% против 25,5±3,6%).

Преобладающими психопатологическими симптомами, достоверно чаще представленными у больных соматическими заболеваниями с АССП, при *диссомническом варианте* были: затрудненное засыпание (76,9±8,3% против 52,4±4,2%), поверхностный, беспокойный сон (73,0±8,7% против 48,3±4,2%) и отсутствие чувства бодрости после ночного сна (65,4±9,3% против 42,1±4,1%). Характерными психопатологическими проявлениями

АССП в этой подгруппе были также общая слабость (61,5±9,5%) и быстрая утомляемость (57,7±9,7%).

Таким образом, анализ клинических проявлений позволил сформировать представление о клинической структуре расстройств психической сферы у больных с острыми состояниями терапевтического профиля. В остром периоде наблюдается астеническая симптоматика в различных вариантах синдромологического оформления. Это послужило основанием для обозначения этих проявлений как АССП.

Наряду с этим различная клиническая феноменология позволила выделить четыре варианта АССП — астенический, астено-тревожный, астено-депрессивный и диссомнический. Такая структуризация АССП позволяет сформировать дифференцированную систему ранних лечебно-восстановительных и реабилитационных медико-психологических мероприятий.

#### Список литературы

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия.* — 2010. — № 5 (24). — С. 83–90.
2. Мищенко Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, В. Н. Мищенко // *Международ. невролог. журн.* — 2007. — № 2 (12). — С. 26–30.
3. 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. — P. 1773–1779.

4. *Коростій В. І.* Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях / В. І. Коростій // Мед. психологія.— 2013.— Т. 8, № 3 (31).— С. 56–63.
5. *Кирюхин О. Л.* Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О. Л. Кирюхин, Н. А. Гасанов, Д. Р. Ракита // Клин. медицина.— 2007.— № 8.— С. 29–32.
6. *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.
7. *Михайлов Б. В.* Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2009.— Т. 17, вип. 2 (59).— С. 40–44.
8. *Долженко М. Н.* Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практик. ангиология.— 2006.— Т. 2, № 1.— С. 17–23.
9. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies / M. L. Hackett, C. Yapa, V. Parag [et al.] // Stroke.— 2005.— Vol. 36.— P. 1330–1340.

### ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АСТЕНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ СТАНАМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Б. С. ФЕДАК

**Подано дані клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження пацієнтів з ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда, гіпертонічною хворобою, транзиторними ішемічними атаками, виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки. Виділено провідні психопатологічні синдроми у хворих із гострими станами терапевтичного профілю, встановлено чотири варіанти астеничного синдрому соматогенного походження: астеничний, антеро-тривожний, астено-депресивний, диссомнічний.**

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

### PHENOMENOLOGY OF ASTHENIC MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE THERAPEUTIC CONDITIONS

B. S. FEDAK

**The article presents the data on clinical psychopathological and pathopsychologic investigation of patients with coronary artery disease, myocardial infarction, essential hypertension, transient ischemic attacks, gastric and duodenal ulcer. Leading psychopathological syndromes were distinguished in patients with acute conditions of therapeutic profile. Four variants of asthenic syndrome of somatogenic origin were determined: asthenic, asthenic-anxious, asthenic-depressive and insomniac.**

*Key words:* coronary artery disease, myocardial infarction, essential hypertension, transient ischemic attacks, asthenic syndrome.

Поступила 02.02.2015