

КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФЕНОМЕН КОМОРБИДНОСТИ

Т.А. Нелюбова, М.Р. Сулайманова, А.С. Ким

Рассматриваются типологические особенности соматических заболеваний. Разработана комплексная модель диагностики и терапии коморбидных расстройств.

Ключевые слова: типология; феномен коморбидности; тревога; депрессия; комплексная модель диагностики и терапии.

Актуальность исследования феномена коморбидности (ФК) обусловлена широкой распространённостью коморбидных симптомокомплексов большинства соматических заболеваний [1–10]. Доминирование соматоцентрированного подхода, являющегося одним из инструментов в диагностике коморбидных состояний, в практической плоскости создаёт как диагностические, так и терапевтические трудности, в большей степени сконцентрированные в системе оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения [3, 5, 7]. Признаётся факт, что дополнительная симптоматика, проявляющаяся тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР), влияет на течение и степень тяжести общего болезненного процесса, на терапевтический прогноз [2, 4, 8]. До настоящего времени отсутствуют целенаправленные комплексные и целостные подходы в изучении характеристик ФК. Неспецифические признаки

соматических заболеваний (рисунок 1) и соматизированный призыв к помощи (СПП) у большинства пациентов вынуждает их обращаться к врачам-интернистам и нередко – к парамедикам. Кумуляция пациентов с недиагностированными аффективными нарушениями у специалистов с доминированием соматоцентрированного подхода приводит к неэффективности терапии, хронификации, ятрогениям, экономическому ущербу в виде затрат на многочисленные обследования и приобретение лекарств.

Цель исследования – выделить клинико-психологические характеристики феномена коморбидности в структуре типологических особенностей хронических соматических заболеваний.

Задачей исследования на сегодняшний день является:

1. Идентификация типологии соматовегетативных (СВ) симптомокомплексов в структуре коморбидных состояний.

➤ Слабость. Утомляемость	➤ Бессоница
➤ Артралгия	➤ Миалгия
➤ Ощущение затруднительного дыхания	➤ Тахипноэ
➤ Учащенного сердцебиение	➤ Боли в грудной клетке
➤ Похудение	➤ Снижение аппетита
➤ Неприятный вкус и горечь во рту	➤ Запоры
➤ Боли в животе	➤ Учащенное мочеиспускание
➤ Снижение либидо	➤ Расстройства менструального цикла

Рисунок 1 – Неспецифические проявления заболеваний

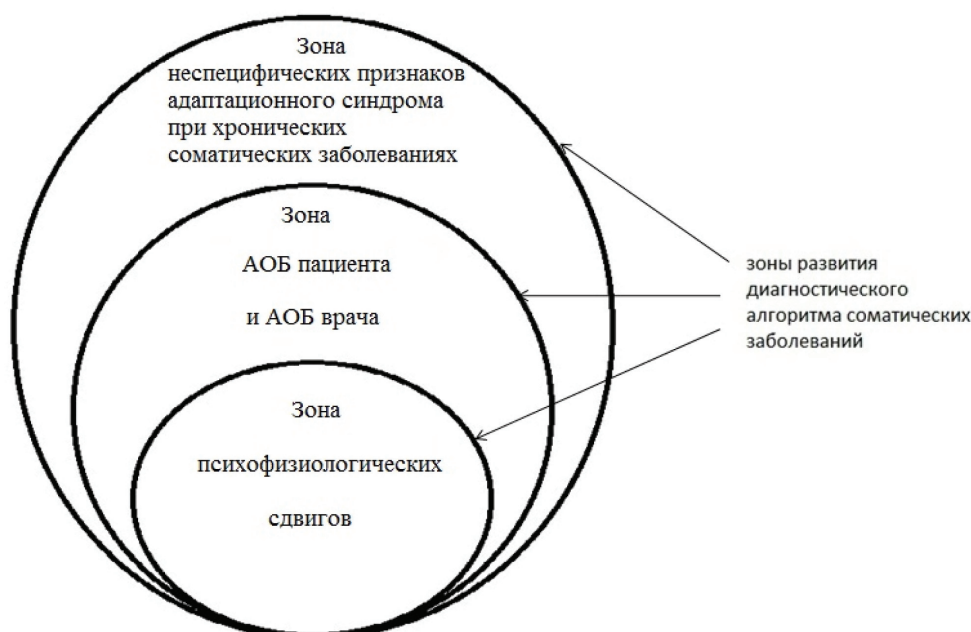


Рисунок 2 – Схема комплексной модели диагностики и терапии (КМДТ) соматических расстройств, определяющей феномен коморбидности

2. Изучение клинико-психологических механизмов, обуславливающих клинические особенности типологии СВ расстройств в структуре аффективного спектра.

3. Идентификация ФК в структуре типологических особенностей коморбидных состояний.

4. Разработка дифференциально-диагностической модели с целью оптимизации терапии пациентов с двойными и более диагнозами.

Гипотеза исследования. Нами предполагается, что комплексная модель диагностики и терапии (КМДТ) коморбидных состояний должна состоять из трёх зон развития диагностического алгоритма соматических заболеваний (рисунок 2):

1. Зона психофизиологических сдвигов: соматические нарушения => интерпретация соматических сдвигов => симптом => синдром (предъявляемые жалобы). Врач интерпретирует жалобы пациента, указывающие на физиологические сдвиги, подтверждаемые параклиническими методами обследования. Тревожно-депрессивные нарушения диагностируются как естественные личностные реакции на болезнь.

2. Зона адаптационного образа болезни (АОБ) пациента и АОБ врача [3] – зона психофизиологических симптомологических признаков (симптом – синдром/клинический диагноз). Врачу следует обратить внимание на субъективную интерпретацию симптомов пациентом,

учитывая доминирование “соматизированного” призыва к помощи, и на собственную интерпретацию симптоматики, учитывая доминирование соматоцентрированного подхода у врачей узкой специализации.

3. Зона неспецифических признаков адаптационного синдрома при хронических соматических заболеваниях. Основные терапевтические мишени: соматическая патология, АОБ, типы взаимодействия с болезнью (ТВБ), работа с адаптационным синдромом в структуре ФК.

Данная модель ориентирована на дифференцированные подходы диагностики, терапии, коммуникации как врачей-психотерапевтов, так и врачей в области интернальной медицины.

Материалы исследования. Было обследовано 250 пациентов на базе Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики (ЛОО УД ПКР), возраст которых составлял от 18 до 65 лет с распространёнными хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистой системы (ССС), бронхолёгочной системы (БЛС), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и коморбидными им ТДР, соответствующими диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3, 4, 5, 6 [11]. В исследовании принимали участие 139 женщин (55,6 %), 111 мужчин (44,4 %). 132 пациента имели высшее образование (52,8 %), 69 – среднее специальное (27,6 %), 49 – незаконченное высшее (19,6 %). 124 пациента имели продолжительность заболевания свыше 5 лет (49,6 %),

82 – от одного года до 3 лет (32,8 %) и 44 – от 3 до 5 лет (17,6 %).

Методы исследования. Полуформализованное интервью; опросник для исследования АОБ у пациентов с ФК и изучения эффективности мультидисциплинарного взаимодействия в системе врач – пациент [1]; стандартизированные шкалы для оценки депрессии Цунга, для оценки тревоги Спилбергера–Ханина, для оценки тревоги и депрессии Гамильтона. Из исследования исключались пациенты с urgentными состояниями, онкологическими заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием методов непараметрической статистики и корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. Группа заболеваний ССС отличалась преобладанием тревожных расстройств по отношению к личностной тревожности. Данный факт предполагает развитие расстройств данной группы как одного из типичных способов адаптации к хронической тревоге. Для группы заболеваний ССС, коморбидных тревожным расстройствам, феномен тревоги рассматривается как синдром с типичной клинической картиной соматического расстройства, подтверждаемого параклиническими методами обследования и, соответственно, требующий соматотропной терапии, а при наличии депрессивного аффекта – психотерапевтического вмешательства. Границы ФК при расстройствах

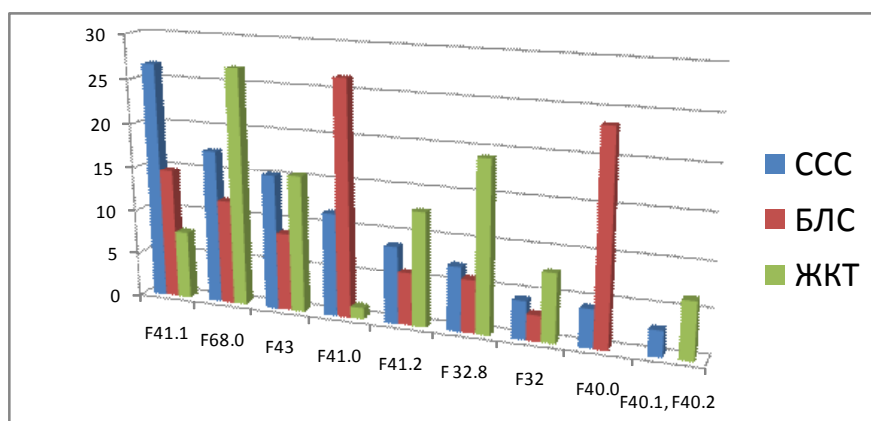


Рисунок 3 – Соотношения соматических и психических расстройств:

F41.1 – генерализованное тревожное р-во; F68.0 – преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам; F43 – р-во адаптации; F41.0 – паническое р-во; F41.2 – тревожно-депрессивное р-во; F32.8 – атипичные депрессии, “маскированные” депрессии; F32 – депрессивный эпизод; F40.0 – агорафобия; F40.1 – социофобия; F40.2 – специфические фобии

сердечно-сосудистого спектра обозначены параметром тревожно-депрессивного аффекта. Таким образом, ФК – один из факторов, определяющих систему терапевтического вмешательства и прогноза хронических соматических заболеваний ССС. Он является системообразующим фактором в решении вопросов психотерапевтической коррекции (рисунок 3).

Группа заболеваний БЛС характеризовалась прежде всего наличием периодов ремиссии и обострения в прямых реципрокных взаимосвязях с психическими расстройствами. Здесь доминировали тревожные расстройства, что свидетельствует о возможности рассматривать данную группу коморбидных состояний в структуре соматизированного призыва к помощи (СПП) на момент обострений основного соматического расстройства. ФК при заболеваниях БЛС имеет следующие характеристики: 1) СПП является психосоматическим компонентом и актуализирует психокоррекционные подходы в оценке тяжести состояния пациента; 2) данные клинического обследования отражают преобладание диссоциативного радикала, формируя своеобразный порочный круг: “тревога => бронхолёгочная патология => СПП => тревога”, обуславливающий дифференцированные подходы как диагностики, так и терапии данной подгруппы нарушений.

Специфичность типологии в группе заболеваний ЖКТ имеет в своей основе депрессивный аффект и позволяет давать клиническую оценку психического состояния данных пациентов посредством косвенных признаков депрессии и тревоги согласно критериям МКБ-10 [11] – рубрика F 32.8: “Атипичные депрессии, маскированные депрессии” (19,2 %). Доминирующее количество пациентов с диагнозом F68.0: “Преувеличение соматических симптомов по психологическим причинам” (26,9 %) отражает активизацию ФК посредством механизмов психофизиологической адаптации, обуславливая хронизацию вегетативных дисфункций ЖКТ. Данный факт предусматривает высокую вероятность развития соматоформной вегетативной дисфункции верхнего и нижнего отделов ЖКТ на фоне общего хронического соматического заболевания, что может рассматриваться как реализация промежуточных клинических форм и нозологий, где непосредственно сам ФК является неотъемлемым индикатором эффективности клинико-диагностического и терапевтического поиска. Стандартизованные шкалы по оценке тревоги – $58,1 \pm 1,2$ ($p < 001$), стандартизованные шкалы по оценке депрессии – $93,7 \pm 0,8$

($p < 001$). В данной группе преобладание депрессивного аффекта на фоне основного соматического заболевания является одним из основных ориентиров в преодолении резистентности и хронизации расстройств пищеварительной системы.

Таким образом, структура ФК имеет следующие параметры, которые можно рассматривать в виде континуума нарастания и усиления основных характеристик терапевтического вмешательства, включая процессы диагностики:

- 1) специфические психофизиологические сдвиги (коморбидные состояния);
- 2) диагностика и терапия коморбидных расстройств;
- 3) резистентность коморбидных синдромов;
- 4) коморбидные симптомы.

Выводы

1. Конструкция личностно-средового взаимодействия (ЛСВ) [3] является одним из инструментов верификации типологических особенностей соматических заболеваний.

2. КМДТ коморбидных расстройств является непосредственным механизмом формирования интегративного подхода в процессе скрининга АОБ и ТВБ в рамках коморбидных состояний.

3. Выделена клинико-психологическая взаимообусловленность тревожно-депрессивных нарушений и хронических резистентных соматических заболеваний как процессов диагностики и терапии.

4. Разработана представленность основных клинически обусловленных типологических групп, способствующих формированию и выделению самостоятельного ФК.

5. Выделенный ФК является самостоятельным клинико-психологическим образованием, обладающим специфическими параметрами для каждой отдельно взятой типологии соматических сдвигов.

6. Разработанная оригинальная модель представляет собой скрининговый инструмент по оценке тяжести влияния соматических и психических факторов при хронических резистентных соматических заболеваниях.

Литература

1. *Вичкапов А.В.* Адаптационный образ болезни при коморбидности тревожных расстройств и артериальной гипертензии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2006. 24 с.
2. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. 300 с.

3. *Смулевич А.Б.* Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) / А.Б. Смулевич, Б.А. Волель // Журнал неврологии и психиатрии. 2008; 108; 5: 4–12.
4. *Соложенкин В.В.* Психологические основы врачебной деятельности / В.В. Соложенкин. М., 1997. 264 с.
5. *Сулайманова М.Р.* Феномен коморбидности у пациентов общесоматической сети (эпидемиология, диагностика, терапия). Доклад // 1-я научн.-практ. конф. коллегии консультантов и главных специалистов Управления делами Президента КР “Актуальные проблемы социологии медицины”, 24–25 декабря 2009 г. Бишкек, 2009.
6. *Ким А.С.* Теоретические предпосылки к психофармакотерапии органных соматизаций и соматоформных расстройств / А.С. Ким, М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9, № 10. С. 125–127.
7. *Ким А.С.* Типологические особенности симптома и синдрома при соматоформных психосоматических расстройствах / А.С. Ким, М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9, № 10. С. 127–129.
8. *Ким А.С.* Актуальность психосоматического подхода в оценке симптома и синдрома в общесоматической сети / А.С. Ким, М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова // Вестник КРСУ. 2010. Т. 10, № 4. С. 125–127.
9. *Сулайманова М.Р.* Тревога как фактор, обуславливающий развитие коморбидных состояний в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова. Доклад. Научн.-практ. конф. мед. ф-та КРСУ. Бишкек, 2007.
10. *Bridges K.N., Goldberg D.P.* Journ. Psychosom. Res., 1985, 29, 563–569.
11. *Sulaimanova M.R.* The urgent questions of patient's treatment with organ somatization and somatoform disorders. Poster presentation, 16th European Congress of Psychiatry, Nice, France, 5–6 April, 2008.