

На правах рукописи

ВИНОКУРОВ

Евгений Вячеславович

**ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО
ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ РЕСПУБЛИКИ
САХА (ЯКУТИЯ) (КЛИНИЧЕСКИЙ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ
АСПЕКТ)**

Специальность 14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2013

Работа выполнена в Иркутском государственном медицинском университете

Научный руководитель: **Собенников Василий Самуилович**

доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Коцюбинский Александр Петрович**

доктор медицинских наук, профессор, руководитель
отделения биопсихосоциальной реабилитации
психически больных Санкт-Петербургского
научно-исследовательского психоневрологического
института им. В. М. Бехтерева,

Петрова Наталья Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-
Петербургского государственного университета

Ведущее учреждение: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Защита состоится 26 декабря 2013 года в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института

Автореферат разослан 26 ноября 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Феномен пограничных психических расстройств, протекающих с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза (пароксизмальноподобными состояниями (ПС)), отличает полиморфизм клинических проявлений при одновременно существенных трудностях их своевременной адекватной диагностической оценки. Наличие в структуре пограничных состояний относительно кратковременных и в то же время интенсивных, бурно протекающих психопатологических расстройств, в том числе с элементами измененного сознания, феноменологически сближает их с эпилептическими приступами, позволяя определять как «неэпилептические пароксизмы» (Чучин М.Ю., 2005). Согласно данным современной литературы, в большинстве случаев пограничные психические расстройства с пароксизмальноподобными состояниями (ППР с ПС) квалифицируются как панические, соматоформные или диссоциативно-конверсионные расстройства (Witgert M.E. et al., 2005; Marchetti R.L. et al., 2009). В случаях панических атак (ПА) в клинике актуальна дифференциальная диагностика с простыми парциальными «психическими» припадками, а также с кардиальной патологией. Клиническая картина соматоформных и диссоциативно-конверсионных расстройств требует проведения дифференциальной диагностики со сложными парциальными и генерализованными эпилептическими приступами или пароксизмальными проявлениями некоторых других соматических и неврологических заболеваний (Быстрицкий А.С. и др., 2006; Киссин М.Я., Незнанов Н.Г., 2007; Карась А.Ю. и др., 2010).

В целом ППР с ПС среди пациентов первичного медицинского звена встречаются с частотой от 6% (Leon A.C. et al., 1995; Kroenke K. et al., 2007) до 13% случаев (Katon W. et al., 1986), однако этот контингент больных потребляет в 5-8 раз больше ресурсов здравоохранения, чем собственно соматические больные (Simon G.E., VonKorff M., 1991). Кроме того, ППР с ПС существенно ухудшают прогноз коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний (Андрющенко А.В. и др., 2011), ассоциируются с повышенным риском сердечно-сосудистых событий и преждевременной смертью (Kawachi I. et al., 1994; Smoller J.W. et al., 2007).

Сложность диагностики и лечения этих состояний в общемедицинской практике усугубляется преморбидными личностными особенностями пациентов, высокой частотой коморбидности с иными (фобическими, соматоформными и аффективными) расстройствами, наличием суицидального поведения, злоупотреблением психоактивными веществами (Погосов А.В. и др., 2005; Смулевич А.Б. и др., 2008; Sareen J. et al., 2005; Conway K.P. et al., 2006;).

Клинико-диагностическим и терапевтическим аспектам ППР с ПС посвящен ряд исследований (Пшеничных И.В., 2006; Романов Д.В., 2008; Ракитская Н.Ю., 2009), но по-прежнему сохраняются многие нерешенные проблемы, касающиеся их распространенности, клинического течения и исходов, а также организации помощи и терапии, равно как и превенции данных нарушений в когорте пациентов общесоматического звена

здравоохранения. Кроме того, в условиях полиэтнического состава населения Республики Саха (Якутия) оказание медицинской помощи соответствующему контингенту пациентов требует учета этнокультуральных факторов. Известно, что жалобы, атрибуции и поведение индивидуумов в условиях пограничных состояний существенно отличаются у представителей разных народностей, что связывается с их культурно-специфическими различиями (Kirmayer L.J., Robbins J.M., 1994; Gureje O. et al., 1997). В связи с этим современные исследователи все чаще обращаются к проблемам транскультуральной (кросскультуральной) психиатрии (Положий Б.С., 1998; Короленко Ц.П., 2000; Семке В.Я. и др., 2009; Рахмазова Л.Д. и др., 2012; Бохан Н.А., Кургак Д.И., 2012). В настоящее время известно, что для якутского этноса характерна особая сдержанность внешнего проявления эмоций (Кекелидзе З.И. и др., 2003), «культура молчания», заключающаяся в ответственности перед словом, в смысловой нагрузке пауз (Елисеева Н.Д., 2004), закрытости, неспособности или нежелании осознавать и выдавать значимую информацию о субъективных переживаниях (Нафанаилова М.С., 2008).

Таким образом, в силу своей широкой представленности и, одновременно, неразработанности как с клинко-диагностической, так и с терапевтической точек зрения, проблема пограничных психических расстройств, протекающих с ПС до настоящего времени продолжает оставаться актуальной для современной психиатрии и, учитывая значительную частоту при них соматизированных жалоб пациентов, – медицины в целом. Это обстоятельство делает необходимым проведение углубленного изучения лиц, страдающих ППР с ПС с точки зрения установлении этнокультурального влияния на проявления этого заболевания и учета этого обстоятельства в выработке алгоритма ранней диагностики, подходов к реабилитации и превенции указанной патологии.

Цель исследования – уточнить диагностические и прогностические критерии пограничных психических расстройств с ПС у пациентов общесоматической сети основных (якутской и славянской) этнических групп населения Республики Саха (Якутия) для оптимизации медицинской помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить феноменологию ППР с ПС, а также закономерности начала заболевания, особенности его проявления (клиническая типология, коморбидные связи, структурная представленность отдельных вариантов течения) и характер при нем исходов.

2. Установить влияние на отдельные характеристики ППР с ПС этнокультуральных особенностей пациентов (на примере представителей славянского и якутского этносов).

3. Оптимизировать раннюю диагностику и превенцию неблагоприятного течения ППР с ПС. Разработать дифференцированные критерии ранней диагностики и подходы к превенции на основе выделенных клинических вариантов и значения этнокультуральных факторов, оптимизирующие клинический и трудовой прогноз пациентов, страдающих ППР с ПС.

Научная новизна. Впервые получены сравнительные данные о клинических проявлениях ППР с ПС на различных этапах заболевания и их

динамике среди групп пациентов славянского и якутского этносов, обратившихся в ЛПУ г. Якутска. Установлена их клиническая неоднородность с формированием на додиагностическом этапе следующих дифференциально-диагностических групп: «пароксизмальные нарушения сердечного ритма», «феохромацитома», «ишемическая болезнь сердца», «вегетативные или висцеральные парциальные приступы», «простые парциальные приступы с психическими симптомами», «синдром вертебробазиллярной артериальной системы». Разработан алгоритм диагностической оценки ППР с ПС, базирующихся на основе трех относительно независимых размерностей (фобических, соматоформных, аффективных) и выступающих в форме ПА, полиморфных соматоформных нарушений с паникоподобными состояниями или диссоциативно-конверсионных расстройств. Предложена оригинальная классификационная систематика ПС неэпилептического генеза у больных с пограничными психическими расстройствами, в основу которой положен принцип психопатологической структурности, во многом определяющий содержание индивидуальной реабилитационной программы, нацеленной на терапевтический успех. Впервые, на основе проведенного кросскультурального исследования, показано значительное влияние этнических особенностей как на проявление ППР с ПС, так и на различие особенностей формирования у пациентов, принадлежащих к «западному» и «восточному» этносу, терапевтического комплайенса.

Практическая значимость результатов исследования. Результаты работы имеют непосредственное значение как для психиатрической, так и общемедицинской практики. Дана клиническая характеристика ППР с ПС, предложена ее систематика. Определены закономерности начала, течения и исходов ППР с ПС. Установлено значение этнокультуральных факторов в формировании и клиническом проявлении ППР с ПС, учет которых необходим при организации помощи и при психотерапевтическом сопровождении этих больных. Это позволяет совершенствовать диагностику, осуществлять дифференцированные подходы к терапии, реабилитации, оптимизирует прогноз.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Феноменологические и психопатологические проявления ППР с ПС у пациентов общесоматической сети отличает клинический полиморфизм, базирующийся на основе трех относительно независимых размерностей (фобических, соматоформных, аффективных). В большинстве случаев ПС представлены ПА, характеризующимися тревожными нарушениями и паникоподобными состояниями с полиморфными соматоформными проявлениями. Гораздо реже ПС являются выражением диссоциативно-конверсионных нарушений.

Рассмотрение изолированных ПА, характеризующихся пароксизмальной тревогой, позволяет выделить: 1) панические расстройств без агорафобии (F41.0 согласно МКБ-10); 2) панические расстройства с агорафобией (F40.01); 3) панические расстройства с преимущественно депрессивными переживаниями (F40.01, F32).

Рассмотрение расстройств с полиморфными соматоформными проявлениями и паникоподобными состояниями (F45.1) позволяет констатировать облигатность их сочетания с депрессивными переживаниями (F32).

При рассмотрении диссоциативно-конверсионных ПС установлено, что они проявляются в структуре: 1) аффективно-соматоформных психопатологических состояний, квалифицируемых как смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7); 2) посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР – F43.1), где представлены «симптомами вторжения».

2. Клиническое оформление ППР с ПС опосредуется личностно-психологическими особенностями пациентов, а также связано с дифференцированным участием конституционально-биологических и экзогенно-средовых, включая этнокультуральные, факторов.

3. Установлено, что на этапе наблюдения пациентов ППР с ПС в общемедицинском звене отсутствуют значительные различия в сравниваемых группах пациентов (якутский и славянский этносы) в характере выражения и качественных особенностях психопатологических проявлениях как фобических, так аффективных и соматизированных нарушений. В то же время установлена бóльшая выраженность у больных ППР с ПС, принадлежащих к якутскому этносу, более частой представленности у них явлений соматизации (особенно на начальном и инициальном периодах заболевания), превалирование фактора «затруднения в описании чувств» алекситимии, более продолжительный додиагностический этап и поздняя обращаемость за психиатрической помощью пациентов. Представителей якутского этноса также отличает более низкая обращаемость за специализированной психиатрической помощью, с чем связаны более поздние сроки начала адекватной терапии.

На основе полученных данных предложены дифференцированные подходы к реабилитации и превенции этих состояний с учетом этнокультуральных особенностей пациентов.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения диссертационного исследования доложены на Научных сессиях Иркутского государственного медицинского университета (Иркутск, 2012-2013), Региональной международной российско-французской научно-практической конференции «Эпилепсия и невротические расстройства у детей и взрослых. Психиатрический, неврологический и медико-психологический аспекты» (Иркутск, 2013), Сибирской международной конференции по нейробиологии «From the Synapse to Networks and Disease» («От синапса – к нейрональным сетям и неврологическим заболеваниям»), Заседании Ассоциации психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, сексологов и медицинских психологов Иркутской области (Иркутск, 2012).

Результаты исследования внедрены в клиническую практику амбулатории и отделений пограничных состояний Иркутского областного психоневрологического диспансера. Основные положения диссертационной работы используются в педагогическом процессе на кафедре психиатрии,

наркологии и психотерапии ИГМУ.

Публикации. По теме исследования опубликовано 4 печатные работы, 2 из них из перечня ВАК, список которых приводится в конце автореферата.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 136 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы, содержащего 72 отечественных и 285 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 22 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на кафедре психиатрии и медицинской психологии ИГМУ и проводилось на базе поликлиник № 1-5 и станции скорой медицинской помощи г. Якутска, Якутского республиканского центра экстренной медицинской помощи, Больницы Якутского научного центра СО РАН в период 2009-2012 годов. Изучались пациенты, проходившие амбулаторное или стационарное обследование и лечение в связи с пограничным уровнем выраженности у них психических расстройств и наличием на всем протяжении заболевания, либо на отдельных его этапах, ПС, которые являлись поводом первичного обращения в учреждения общемедицинской сети г. Якутска.

Контингент изученных больных составил 101 человек (66 женщин и 35 мужчин). Испытуемые распределялись по двум группам: первую составили 53 пациента, являющиеся представителями якутского этноса – 20 мужчин (38%) и 33 женщины (62%), средний возраст $33,5 \pm 10,7$ лет; вторую группу составили 48 пациентов славянской национальности – 15 мужчин (31%) и 33 женщины (69%), средний возраст $33,2 \pm 9,1$ лет.

Социально-демографические характеристики изученных пациентов представлены в таблице 1. В целом обследованные этнические группы больных ППР с ПС были сопоставимы и не имели статистически значимых различий по социально-демографическим показателям.

Таблица 1 – Социально-демографические характеристики обследованных групп больных ППР с ПС

	Вся группа (n = 101)	Якутская группа (n = 53)	Славянская группа (n = 48)
Возраст (годы), mean±SD	33,4±10,0	33,5±10,7	33,2±9,1
Гендер, n (%)			
Женщины	66 (65)	33 (62)	33 (69)
Мужчины	35 (35)	20 (38)	15 (31)
Образование, n (%)			
Среднее	68 (67)	35 (66)	33 (69)
Высшее	33 (33)	18 (34)	15 (31)
Занятость, n (%)			
Не работают	33 (33)	18 (34)	15 (31)
Семейный статус, n (%)			
Состоят в браке	63 (62)	31 (59)	32 (67)
Никогда не состояли в браке	26 (26)	15 (28)	11 (23)
Другое	12 (12)	7 (13)	5 (10)

Состояние каждого испытуемого, включенного в изученную выборку, удовлетворяло одному или двум критериальным характеристикам, изложенным в соответствующих разделах МКБ-10. Для диагностики депрессивного эпизода использовались критерии, изложенные в рубриках F32.0 и F32.1, для диагностики тревожно-фобических расстройств – критерии, изложенные в рубриках F40.01 и F41.0, посттравматического стрессового расстройства – в рубрике F43.1, диссоциативно-конверсионных расстройств – в рубрике F44.7, соматоформных расстройств – в рубрике F45.1.

С целью верификации динамики и исхода заболевания, а также уровня социально-трудовой адаптации больных все пациенты по прошествии 3-летнего периода (средний срок $2,9 \pm 0,7$ лет) были повторно обследованы.

Основным методом исследования являлся клинический (клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-катамнестический) метод дополненный применением клинических шкал и опросников. Использовались: клиническая шкала тревоги (HAM-A) (Hamilton M., 1959), шкала депрессии (HDRS) (Hamilton M., 1960), опросник алекситимии (TAS-20) (Taylor, 1992), опросник диссоциации (DES) (Bernstein E.M., Putnam F.W., 1986), опросник соматизации (SOMS) (Rief W. et al., 1996; Rief W., Hiller W., 2003), а также экспериментально-психологическая методика Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 2001). При сборе анамнестических сведений углубленному анализу были подвергнуты данные семейного анамнеза, динамика личностных особенностей больных как в преморбиде, так и на этапе актуального состояния.

Для статистического анализа цифровые результаты вводились в компьютерную базу данных в программу Statistica 10 (StatSoft). При сравнении социально-демографических и клинических характеристик использовались критерии χ^2 и точный критерий Фишера. Оценка значимости различий между показателями оценочных шкал проводилась с помощью теста Фридмана и критериев Вилкоксона и Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из всей выборки обследованных пациентов (101 наблюдение), обратившихся в учреждения общесоматической сети г. Якутска в связи с манифестацией ППР с ПС, в большинстве случаев (87 пациентов, 86%) пароксизмальноподобные нарушения квалифицировались как ПА и паникоподобные состояния с полиморфными соматоформными проявлениями. Среди клинических проявлений этих состояний, помимо характерной интенсивной тревоги, преобладали фобические, депрессивные и соматоформные симптомы. Последние в этом случае подразделялись на: 1) кардиальные (сильное сердцебиение, дискомфорт или боль в груди, ощущение перебоев); 2) респираторные (чувство удушья, затруднения в дыхании); 3) гастроинтестинальные (тошнота, дискомфорт в области эпигастрия, абдоменалгии), 4) псевдо-неврологические (головокружение, парестезии, ощущение слабости в ногах) симптомы. Во всех наблюдениях в клинической картине были представлены вегетативные нарушения (усиленное

потоотделение, чувство жара или холода, ощущение внутренней дрожи, тремор).

В остальных 14 случаях (14%) были зарегистрированы диссоциативно-конверсионные ПС, представленные пароксизмальной тревогой с депрессией, на фоне которой были выражены соматоформные (преимущественно конверсионные) проявления (смешанные диссоциативно-конверсионные расстройства – СДКР) или «симптомами вторжения» при ПТСР: навязчивые воспоминания о травматическом событии, включающие такие патологические формы диссоциации как абсорбция (глубокое погружение в мысли и переживания, отрешенность от окружающего) и дереализация, а при более выраженных нарушениях – сценические воспоминания и навязчивые внутренние диалоги, связанные с травматическими событиями.

Психопатологическая структура ПС и первичная диагностика ППР с ПС в общесоматической сети. Феноменологически ПС включали симптомы ПА, соматоформных расстройств и диссоциативно-конверсионных нарушений, что определило необходимость проведения дифференциальной диагностики с рядом соматических заболеваний, объединенных в несколько категорий. Согласно предварительным диагнозам были выделены следующие группы: «пароксизмальные нарушения сердечного ритма», «феохромацитома», «ишемическая болезнь сердца», «вегетативные висцеральные парциальные приступы» или «простые парциальные приступы с психическими симптомами», «синдром вертебробазиллярной артериальной системы». Для унификации оценки семиологии ПС использовались диагностические критерии ПА, изложенные в классификации DSM-IV.

В группе с предварительным диагнозом «пароксизмальные нарушения сердечного ритма» (всего 23 случая (23%), средний возраст $30,2 \pm 8,4$ лет, 14 пациентов (26%) в якутской группе, 9 пациентов (19%) в славянской группе) с наибольшей частотой отмечались следующие клинически выраженные симптомы: «сильное сердцебиение» (100%), «чувство головокружения» (83%), несколько реже — «потливость» (70%), «тремор» (74%), «затруднения в дыхании» (65%), «страх смерти» (61%), «ощущение волн жара» (65%). Во всех случаях были выявлены заболевания из диагностической категории «другие болезни сердца» МКБ-10.

В группе с предварительным диагнозом «ишемическая болезнь сердца» (всего 12 случаев (12%), средний возраст $47,1 \pm 8,7$ лет, 5 случаев (9%) в якутской группе, 7 случаев (15%) в славянской группе) у всех пациентов отмечались «боли или дискомфорт в груди» (100%). В остальном выраженность диагностических симптомов ПА и соматоформных расстройств мало отличалась от проявлений заболевания в группе больных с диагнозом «пароксизмальные нарушения сердечного ритма». С наибольшей частотой также отмечались следующие симптомы: «сильное сердцебиение» (92%), «чувство головокружения» (83%), несколько реже встречались «затруднения в дыхании» (75%), «ощущение волн жара» (75%), «потливость» (67%), «тремор» (67%), «страх потери контроля над собой» (67%), «страх смерти» (58%). Возраст мужчин в группе был старше 35 лет, женщин – старше 49 лет.

В случае предварительного диагноза «феохромоцитомы» (3 пациента в славянской группе, средний возраст $41,3 \pm 2,9$ лет) клиническая картина пароксизмальных подъемов АД сочеталась с такими симптомами как «сильное сердцебиение» (100%), «потливость» (100%), «тремор» (100%), «затруднения в дыхании» (100%), «боли или дискомфорт в груди» (100%), «чувство головокружения» (100%), «страх смерти» (100%), «ощущение волн жара» (100%). Означенный симптомокомплекс на начальных этапах обследования определял предположительную диагностику феохромоцитомы. В целом диагностическая оценка подобных нарушений существенно осложняется в связи с отсутствием в настоящее время разработанных диагностических алгоритмов «пароксизмальной гипертензии» или «псевдофеохромоцитомы».

Среди пациентов с предварительными диагнозами «вегетативные или висцеральные парциальные приступы» или «простые парциальные приступы с психическими симптомами» (всего 22 случая, средний возраст $24,6 \pm 6,5$ лет, 14 пациентов (26%) в якутской группе, 8 пациентов (17%) в славянской группе) клинически очерченный характер имели большинство симптомов ПА за исключением «боли или дискомфорта в груди». При этом распространенность таких симптомов как «дереализация» (91%), «страх потери контроля над собой» (91%), «страх смерти» (82%), «парестезии» (82%) была наибольшей среди всех выделенных групп дифференциальной диагностики. Оценка состояния больных в качестве проявлений парциальных эпилептических приступов подкреплялась и возрастом начала заболевания (до 25 лет), что отмечено у 13 пациентов с диссоциативно-конверсионными расстройствами (СДКР, ПТСР), клиническими особенностями диссоциативных нарушений при ПТСР (9 наблюдений), а также частотой указаний на травмы головы в анамнезе

При первичной диагностике «синдрома вертебробазиллярной артериальной системы» (41 случай (41%): 23 пациента (43) в якутской группе, 18 пациентов (37%) в славянской группе) средний возраст пациентов составил $35,3 \pm 7,4$ лет. В клинической картине преобладали такие симптомы, как «сильное сердцебиение» (95%), «ощущение волн жара» (93%), «тремор» (90%), «парестезии» (90%), «чувство головокружения» (90%). Несколько реже отмечались «потливость» (70%), «затруднения в дыхании» (78%), «страх смерти» (71%).

Клинико-нозологическая оценка ППР с ПС в изученной выборке, в том числе в зависимости от этнической принадлежности больных. Среди всех случаев ПС (87 человек) в виде ПА и паникоподобных состояний (ПпС) с полиморфными соматоформными проявлениями клинико-психопатологический анализ выявил: а) у 8 (9%) пациентов – паническое расстройство без агарофобии (ПР – F41.0); б) у 31 (36%) – паническое расстройство с агарофобией (ПРА – F40.01); в) у 36 (41%) – паническое расстройство с преимущественно депрессивными переживаниями (ПРА+Д – F40.01, F32); г) у 12 (14%) – недифференцированное соматоформное расстройство сочетающееся с депрессивным эпизодом (СФР+Д – F45.1, F32) (рисунок 1). Средний возраст пациентов этой выборки составил $33,4 \pm 10,0$ лет. Средний возраст пациентов составил: а) с диагностикой ПР – $41,5 \pm 4,7$ лет; б) с ПРА – $29,8 \pm 6,5$ лет; в) с

ПРА+Д – $38,1 \pm 12,4$ лет; г) с СФР+Д – $30,1 \pm 3,6$ лет.

При развитии ПС в структуре диссоциативно-конверсионных расстройств (всего 14 наблюдений) у 5 пациентов (36%) диагностировались смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7), а у 9 (64%) – ПТСР (F43.1). У всех 14 пациентов с диссоциативно-конверсионными расстройствами в структуре психопатологических нарушений при первичном обследовании были выражены депрессивные переживания, которые тем не менее не были описаны как самостоятельные расстройства. Средний возраст пациентов составил: а) с СДКР – $25,2 \pm 4,1$ лет; б) с ПТСР – $28,5 \pm 8,4$ лет.

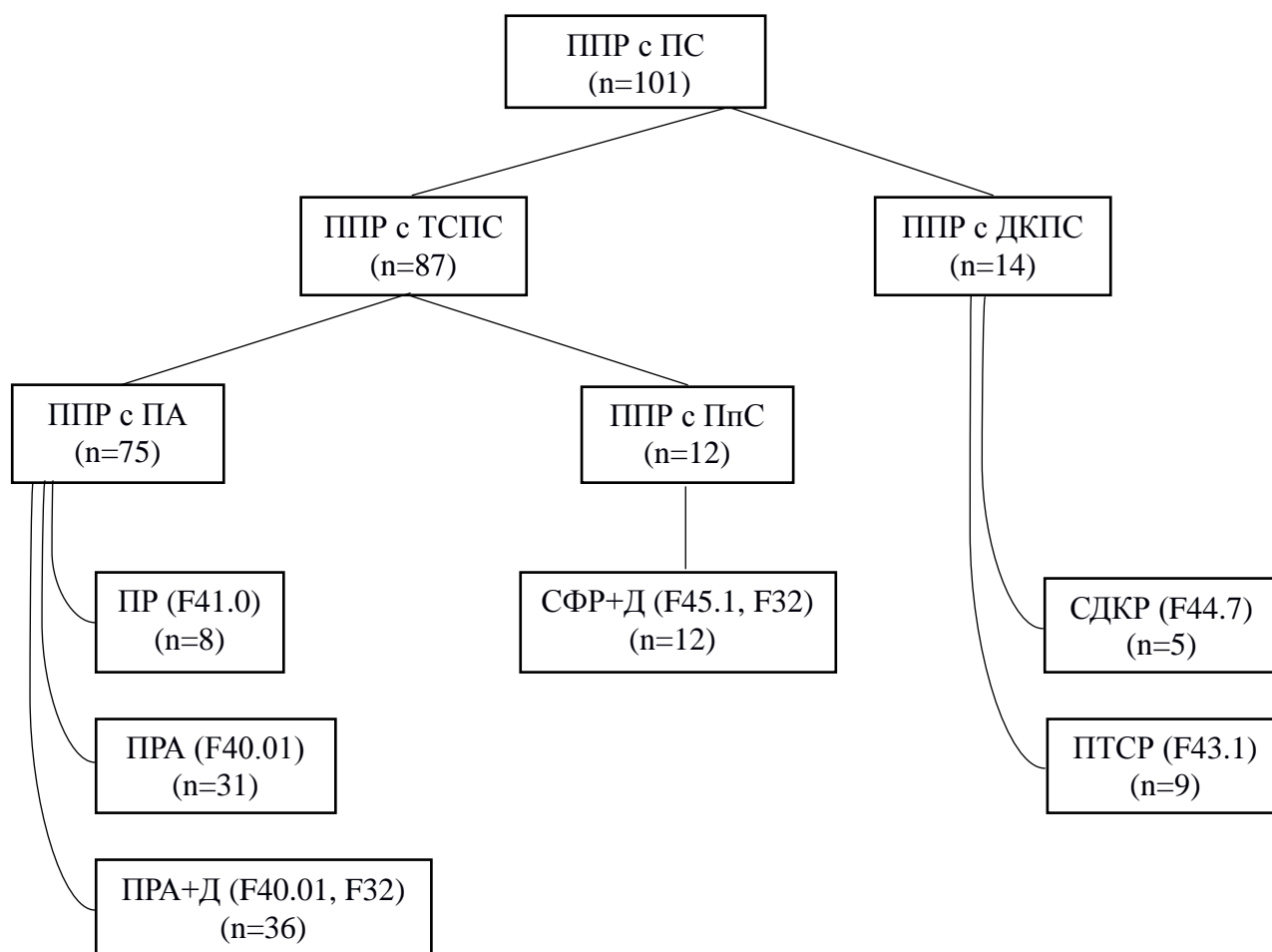


Рисунок 1 – Схема клинических вариантов ПС и клинко-нозологической группировки пограничных психических расстройств у обследованных пациентов.

Примечание. ППР – пограничные психические расстройства, ПС – пароксизмальноподобные состояния, ТСПС – тревожно-соматоформные пароксизмальноподобные состояния, ДКПС – диссоциативно-конверсионные пароксизмальноподобные состояния, ПА – панические атаки, ПпС – паникоподобные состояния, ПР – панические расстройства без агорафобии (F41.0), ПРА – панические расстройства с агорафобией (F40.01), ПРА+Д – панические расстройства с преимущественно депрессивными переживаниями (F40.01, F32), СФР+Д – недифференцированное соматоформное расстройство коморбидное с депрессивным эпизодом (F45.1, F32) СДКР – смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7), ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

Большинство случаев ПА и паникоподобных состояний характеризовалось развитием агорафобии – фобического избегания ситуаций, когда пациент, по его мнению, мог остаться без потенциально необходимой помощи (всего 67 человек или 77%, из числа которых у 36 человек или 41% группы отмечались признаки депрессивного эпизода (F32). При соматоформных расстройствах (F45.1) во всех случаях (12 пациентов или 14% выборки) отмечались проявления коморбидной депрессии (F32).

В зависимости от наличия или отсутствия депрессии в структуре психопатологических нарушений (ПРА+Д, СФР+Д, с одной стороны, и ПР, ПРА – с другой) клинические проявления ПА и паникоподобных состояний (всего 87 пациентов) существенно отличались. При тревожно-фобических и соматоформных расстройствах, ассоциированных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д), удельный вес большинства диагностических симптомов (согласно классификации DSM-IV) оказался бóльшим, чем в группах с изолированными тревожно-фобическими расстройствами (ПР, ПРА). Достоверно чаще ($p < 0,05$) регистрировались такие соматизированные симптомы, как «затруднения в дыхании», «чувство удушья», «боли или дискомфорт в груди», «парестезии», а также – «страх смерти», «дереализация, деперсонализация». Статистически значимых различий общей распространенности симптомов у пациентов сравниваемых этнических групп не выявлено. Однако в якутской группе несколько преобладали «сильное сердцебиение» (98%), «чувство головокружения, неустойчивости» (89%), «тремор» (84%), «ощущение волн жара» (84%), а в славянской – «сильное сердцебиение» (95%), «чувство головокружения, неустойчивости» (88%), «затруднения в дыхании» (84%).

В якутской группе обследованных средний возраст пациентов составил $33,5 \pm 10,8$ лет и на этапе начальных расстройств находился в диапазоне $30,1 \pm 9,8$ лет. Длительность периода от начальных нарушений до манифестации ПС составила $3,4 \pm 2,8$ лет. В зависимости от диагностической категории средний возраст пациентов с ПР составил $43,6 \pm 4,7$ лет, с ПРА – $28,9 \pm 7,2$ лет, а с ПРА+Д – $39,7 \pm 13,2$ лет. Возраст пациентов с СФР+Д – $30,9 \pm 4,3$ лет. Возраст пациентов с СДКР составил $21,5 \pm 2,1$ лет, с ПТСР – $28,6 \pm 8,4$ лет.

В славянской группе средний возраст пациентов к моменту исследования был $33,2 \pm 9,1$ лет, возраст начальных расстройств – $29,4 \pm 7,8$ лет, длительность периода от начальных нарушений до манифестации ПС была $3,8 \pm 3,8$ лет. Средний возраст пациентов-славян с диагностикой ПР составил $38,0 \pm 1,7$ лет, с ПРА – $30,8 \pm 5,6$ лет, с ПРА+Д – $36,7 \pm 11,8$ лет, с СФР+Д – $29,0 \pm 2,2$ лет, с СДКР – $27,7 \pm 3,1$ лет, с ПТСР – $28,5 \pm 12,0$ лет.

Установлена общая тенденция преобладания ПС в виде ПА и паникоподобных состояний с полиморфными соматоформными проявлениями в группах больных с пограничными психическими расстройствами вне зависимости от этнической принадлежности пациентов (83% и 90% соответственно). Возрастные показатели становления заболевания при большей части клинических вариантов ППР с ПС существенно не отличались. Вне зависимости от групповой принадлежности отмечалась общая тенденция наибольшей продолжительности периода заболевания от начальных нарушений

до обращения в ЛПУ по поводу развития ПС у пациентов с тревожными и соматоформными расстройствами, коморбидными с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д).

Вместе с тем, в зависимости от этнической принадлежности, обнаруживались некоторые различия в представленности нозологических групп ППР с ПС.

В якутской группе (53 пациента) ПС квалифицировалось как ПА и паникоподобные состояния с полиморфными соматоформными проявлениями в 44 случаях (83%). В 9 наблюдениях (17%) ПС оценивались в рамках диссоциативно-конверсионных расстройств.

Из общего числа случаев ПА и паникоподобных состояний (44 наблюдения) у больных в якутской группе в 5 случаях (11%) было зарегистрировано ПР, в 16 (36%) – ПРА, в 16 (36%) – ПРА+Д. Недифференцированные соматоформные расстройства коморбидные с депрессией (СФР+Д) отмечались в 7 (16%). Следовательно, из общего числа больных с ПА и ПпС, панические расстройства были у 37 (70%) человек, при этом агорафобия выявлялась у 32 (86%) пациентов с ПР, а признаки депрессивного эпизода (F32) – у 16 (43%) больных.

Из 9 случаев ПС в структуре диссоциативно-конверсионных расстройств среди пациентов якутской группы у 2 (22%) больных было зарегистрировано СДКР, а у оставшихся 7 (78%) определялось ПТСР.

В славянской группе больных (48 наблюдений) у 3 (6%) было зарегистрировано ПР, у 15 (31%) – ПРА, у 20 (42%) – ПРА+Д, у 5 (10%) – СФР+Д, у 3 (6%) – СДКР и у 2 (4%) – ПТСР.

Можно отметить, что в целом у пациентов славянской группы встречались ПС в виде ПА и паникоподобных состояний с полиморфными соматоформными проявлениями (43 больных, 90%), и лишь у 5 пациентов (10%) имели место диссоциативно-конверсионные расстройства (СДКР, ПТСР). ПА у пациентов-славян были коморбидны с агорафобией (35 больных или 92% от всех случаев ПА и ПпС) и депрессией (20 больных или 53% от всех больных анализируемой группы). В отличие от этого, в якутской группе у пациентов чаще наблюдались ПР и диссоциативные нарушения («симптомы вторжения») в рамках ПТСР, однако эти различия не достигали статистически значимого уровня.

Имел статистически достоверные различия ($p < 0,05$) средний возраст формирования заболевания с диагностикой панического расстройства без агорафобии и смешанных диссоциативных (конверсионных) расстройств. В якутской группе средний возраст манифестации заболевания с клиникой ПР приходится на первую половину 5-й декады жизни, а у пациентов-славян — на конец 4-й. У пациентов с СДКР, напротив, возраст манифестации заболевания приходился в якутской группе, на начало 3-й декады, тогда как в славянской — на вторую половину 3-й декады жизни.

Согласно анамнестическим данным, в начальный период заболевания лишь 22 пациента из всей выборки (22%) проходили обследование и лечение у психиатра. За психиатрической помощью значительно реже обращались

представители якутского этноса, чем славянского (9% и 35% соответственно, $p < 0,01$).

В процессе динамического наблюдения (катамнез $2,9 \pm 0,7$ лет) повторное обследование пациентов обнаружило гораздо меньшую выраженность ($p < 0,05$) психопатологических расстройств у пациентов с первичной диагностикой изолированного ПР (без агорафобии) по сравнению с пациентами, имеющими множественный диагноз, указывающий на наличие коморбидных нарушений (ПРА+Д, СФР+Д), а также проявляющихся в рамках диссоциативно-конверсивных расстройств (СДКР, ПТСР). Так, психопатологические расстройства в группе больных с первичным диагнозом ПР выявлялись при катамнестическом обследовании лишь в половине случаев, в то время как с диагностированным ранее ПРА – в 68%, ПРА+Д – в 86%, СФР+Д – в 91%, а диссоциативно-конверсионными расстройствами (СДКР, ПТСР) – в 100%. Данная тенденция прослеживалась в обеих сравниваемых этнических группах. Следовательно, полиморфизм клинических проявлений ППР с ПС (коморбидность с фобическими, соматоформными и синдромально оформленными аффективными проявлениями), а также включение диссоциативных расстройств можно рассматривать, как прогностически неблагоприятный признак.

При катамнестическом исследовании у пациентов с первичной диагностикой изолированного ПР в 50% случаев обнаруживалась агорафобия (F40.01). У пациентов с первичным диагнозом ПРА лишь в 55% диагноз оставался прежним (F40.01), в то время как у 13% на первый план выступила клиника депрессии (F32). У пациентов с ПРА+Д в 42% случаев на этапе катамнестического наблюдения клиника упрощалась и диагностировались лишь расстройства тревожно-фобического спектра (ПРА – F40.01), в 25%, напротив, констатировалась синдромально завершенная депрессия (F32), а у 19% — происходила трансформация патологическое состояние ПА в соматоформные расстройства (F45). В группе с диагностикой СФР+Д, у 58% подверглись редукции аффективные проявления заболевания и выявлялись лишь СФР (F45), а у 33% пациентов произошла редукция соматоформных проявления, в связи с чем была диагностирована изолированная депрессия (F32). Среди больных с ПТСР диагностика в динамике также стала более монолитной: у 22% больных она была изменена на СФР (F45), у 45% можно было диагностировать изолированное проявление депрессивной симптоматики (F32) и лишь в 33% случаев клиника состояния по-прежнему соответствовала ПТСР (F43.1). В группе со смешанными диссоциативными (конверсионными) расстройствами на этапе катамнестического изучения в 80% случаев диагностировалось СФР (F45), а в 20% — депрессия (F32).

В целом динамическое изучение состояния пациентов в изучаемых этнических группах выявило следующее персистирование различной представленности психопатологических расстройств на всем протяжении катамнестического периода: у пациентов якутской группы с ПР – в 40% случаев, с ПРА – в 69%, с ПРА+Д – в 87%, а с СФР+Д, СДКР и ПТСР – в 100%. В славянской группе среди пациентов с первичной диагностикой ПР и ПРА

психопатологические расстройства сохранялись в 67% наблюдений, с ПРА+Д — в 85%, с СФР+Д – в 80%, с СДКР и ПТСР – в 100%.

При этом в якутской группе среди больных с первичной диагностикой ПР при катамнестическом обследовании выявлялось ПРА (F40.01) в 40% случаев, а в славянской – в 67% наблюдений. В свою очередь, при первичной диагностике ПРА диагноз сохранялся неизменным на этапе катамнеза в 50% случаев в якутской группе и в 60% – в славянской, при этом в 19% и 7% наблюдений (соответственно в якутской и славянской группах) он был изменен на депрессивный эпизод (F32). При катамнестическом обследовании лиц с первичной диагностики ПРА+Д диагностировались лишь ПРА в 37% среди пациентов-якутов (среди пациентов-славян – в 45% случаев), СФР (F45) – в 19% и 20%, а депрессивные проявления (F32) – в 31% и 29% (соответственно, в якутской и славянской группах). При первичном диагнозе СФР+Д катамнестическое обследование позволило выявить тенденцию к динамической редукции депрессии и персистированию лишь СФР (F45) примерно в равном числе наблюдений как в якутской (57%), так и славянской (60%) группах, в то время как изменение диагноза с констатацией лишь депрессии (F32) чаще происходило среди пациентов-якутов, чем в славянской группе (43% и 20%, соответственно). Обратные соотношения наблюдались при первичной диагностике ПТСР. Так, изменение диагноза при катамнестическом обследовании в этом случае на СФР (F45) наблюдалось у 50% пациентов в славянской группы и лишь у 14% якутской. Диагностика ПТСР сохранялась также у 50% пациентов славянской группы и лишь у 29% якутской, у 57% пациентов которой в динамике формировался депрессивный эпизод (F32). При первичном диагнозе СДКР при катамнестическом обследовании с равной частотой (50%) обнаруживалась необходимость изменения диагноза на СФР (F45) и депрессию (F32), при этом в славянской группе при повторном обследовании изменение диагноза на СФР происходило в 100% наблюдений.

Помимо клинико-нозологической оценки ППР с ПС, анализу с позиций этнокультуральных особенностей была подвергнута клинико-психопатологическая структура изученных состояний. При изучении проявлений соматизации и оценке распространенности соматоформных симптомов использовался опросник SOMS, позволяющий фиксировать выраженность соматоформных симптомов на этапе актуального состояния как в течение недели (SOMS-7), так и лонгитудно, на протяжении 2 последних лет (SOMS-2). В целом показатели соматизации оказались выше в якутской группе. При этом, если различия среднего суммарного показателя по шкале SOMS-7 в якутской и славянской группах не достигали статистической значимости ($20,6 \pm 8,2$ и $18,8 \pm 7,8$ баллов соответственно), то по шкале SOMS-2 ($11,3 \pm 6,5$ и $9,0 \pm 4,9$ баллов соответственно) они достигли уровня статистической достоверности ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о большей, в целом, с учетом всего длинника заболевания, выраженности соматизации у пациентов, принадлежащих к якутскому этносу, хотя при обращении в ЛПУ (период проведения исследования) уровень соматизации между этническими группами был приблизительно идентичным.

Значимых различий между исследуемыми этническими группами пациентов по большей части соматоформных (гастроинтестинальных, вегетативных, псевдоневрологических) симптомов в период проведения исследования не было выявлено. Лишь среди пациентов славянской группы достоверно чаще ($p < 0,05$) регистрировался такой симптом, как «затруднения в дыхании». В якутской группе следует отметить относительно большую частоту таких болевых симптомов, как «головные боли», «боли в животе, спине, конечностях».

Изучение клинико-патогенетических аспектов и поведенческих паттернов больных ППР с ПС, в том числе с учетом культуральных влияний, требует учета личностных особенностей пациентов.

По преморбидным личностным особенностям больные ППР с ПС чаще обнаруживали акцентуированные черты (92 пациента, 91%). Из них характерные для кластера С, согласно классификации DSM-IV (с проявлениями тревоги и страха) – 51 случай (50%), В (театральность, эмоциональность и лабильность) – 35 пациентов (35%), реже выявлялись черты кластера А (странность и эксцентричность) – 6 случаев (6%). Значительно реже, чем акцентуации характера, наблюдались случаи, квалифицируемые как расстройство личности (РЛ) (всего 10 случаев, 9%), при этом клинико-психопатологический анализ позволил выявить у 5 пациентов (5%) пограничное РЛ согласно критериям DSM-IV, у 3 (3%) – истерическое РЛ, у 2 (2%) – избегающее РЛ. При сравнении этнических групп преморбидные личностные особенности пациентов существенно не различались.

В зависимости от клинического варианта ППР с ПС сравнительный анализ позволил выявить существенно более высокие показатели коморбидных РЛ у больных с диссоциативно-конверсионными расстройствами (9 случаев, 64%), чем у пациентов с паническими расстройствами (ни одного случая) или с соматоформными расстройствами и депрессией (СФР+Д – 1 наблюдение или 2%). В то же время показатели распространенности акцентуаций характера в преморбиде при тревожных (ПР, ПРА) (100%) или тревожно-фобических и соматоформных расстройствах, коморбидных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) (98%), оказались значительно выше, чем при диссоциативно-конверсионных расстройствах (СДКР, ПТСР – 36%). При сравнении показателей распространенности отдельных кластеров акцентуаций по DSM-IV можно отметить более высокую частоту при тревожных расстройствах (ПР, ПРА) личностной акцентуации кластера С (проявления тревоги и страха) – 27 случаев (69%), чем кластера В (театральность, эмоциональность и лабильность) – 10 случаев (26%). В отличие от этого, у больных с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами, коморбидными с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д), акцентуации характера, относимые к кластерам В и С, были представлены примерно с равной частотой (50% и 42% соответственно). При этом сравнительный анализ показал, что в группе больных с тревожными расстройствами (ПР, ПРА) на статистически достоверном уровне ($p < 0,05$) акцентуации кластера С оказались более значимыми, чем во второй группе (ПРА+Д, СФР+Д), тогда как в группе пациентов с депрессией, коморбидной с

тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами (ПРА+Д, СФР+Д), в большей степени ($p < 0,05$), чем в группе тревожных расстройств (ПР, ПРА) оказались представлены акцентуации кластера В.

Результаты применения методики СМИЛ свидетельствуют, что профиль шкал достоверности во всех изученных группах оказался в рамках допустимого разброса значений, однако разница между показателями шкал F и K выявляла тенденцию к драматизации имеющихся проблем. Это можно соотнести с выраженной тревожностью и потребностью в помощи. Усредненный профиль СМИЛ всей выборки пациентов характеризовался превышением усредненных показателей 70Т по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «эмоциональной лабильности» и «тревожности», а остальные базисные шкалы были на уровне – 56Т и выше. Подобный профиль СМИЛ свидетельствует о дезадаптации личности, сопровождаемой тревогой, склонностью к иррациональным страхам, пессимизмом, неустойчивой самооценкой, соматизацией переживаний, «бегством в болезнь».

Сравнительный анализ выявил общую для обеих этнических групп тенденцию роста показателей шкал СМИЛ во всех выделенных нами клинических вариантах ППР с ПС (различающихся тревожно-фобическими, соматоформными и аффективными параметрами).

При этом усредненный профиль СМИЛ пациентов с ПР и ПРА локализовался в нормативных пределах (менее 70Т), характеризовался подъемом, достигающим 65Т по шкалам «невротической триады» и шкале «тревожности». Клинические группы тревожно-фобических и соматоформных расстройств с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) и диссоциативно-конверсивных расстройств (СДКР, ПТСР) имели достоверно более высокие показатели базисных шкал, чем группа тревожных расстройств без депрессии (ПР, ПРА), а именно — «плавающие» усредненные профили СМИЛ, что свидетельствовало о выраженном стрессе и дезадаптации этих личностей. Профиль СМИЛ пациентов с ПРА+Д и СФР+Д характеризовался превышением усредненных показателей 75Т по шкалам «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», «тревожности» и превышением 70Т по шкалам «сверхконтроля», «индивидуалистичности», при этом показатели шкалы «пессимистичности» оказались выше других шкал невротической триады.

Диссоциативно-конверсивные расстройства (СДКР, ПТСР) характеризовались достоверно более высокими показателями по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «импульсивности», «тревожности» и «индивидуалистичности», чем тревожные, соматоформные расстройства с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д). Усредненный профиль СМИЛ пациентов с СДКР и ПТСР характеризовался превышением усредненных показателей 80Т по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности» и «тревожности», превышением 75Т по шкалам «эмоциональной лабильности» и «индивидуалистичности».

Профиль шкал достоверности СМИЛ в изученных этнических группах был в рамках допустимого разброса значений. При этом разница между показателями шкал F и K в обеих группах отражала выраженную тревожность и потребность в помощи. Усредненный профиль СМИЛ в якутской группе

пациентов характеризовался превышением усредненных показателей 75Т по шкалам «пессимистичности» и «тревожности», 70Т – по шкалам «сверхконтроля», «эмоциональной лабильности», «индивидуалистичности», по остальным базисным шкалам показатели составили 54Т и выше. В славянской группе больных ППР с ПС усредненный профиль СМИЛ характеризовался превышением усредненных показателей 70Т по шкалам «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», «тревожности», достижением 69Т – по шкалам «сверхконтроля» и «индивидуалистичности», остальные базисные шкалы превышали 56Т. Сравнительный анализ выявил относительно более высокие показатели в якутской группе больных ППР с ПС по шкалам «невротической триады» («сверхконтроля», «пессимистичности», «эмоциональной лабильности»), чем в славянской группе обследованных пациентов. Тем не менее, данная тенденция не достигала статистической значимости.

Применение опросника алекситимии TAS-20 позволило выявить симптомокомплекс алекситимии, характерный для всей выборки (62,2±4,1 баллов). Суммарные показатели шкалы алекситимии TAS-20 при диссоциативно-конверсионных расстройствах (СДКР, ПТСР: 65,6±2,9 баллов) оказались достоверно выше, чем при тревожно-фобических и соматоформных расстройствах, коморбидных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д: 62,9±3,4 баллов), последние оказались достоверно выше, чем при изолированных тревожных расстройствах (ПР, ПРА: 60,1±3,5 баллов).

Анализ показателей трех составляющих алекситимии выявил достоверное различие только по фактору «затруднения в идентификации и различении чувств и телесных сенсаций» (DIF – difficulty in identifying feelings). Наиболее высокие показатели фактора DIF (на статистически достоверном уровне, $p < 0,01$) зарегистрированы при конверсионно-диссоциативных расстройствах (СДКР, ПТСР: 26,5±1,8 баллов). При тревожно-фобических и соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) показатели фактора DIF (24,3±2,7 баллов) оказались достоверно выше, чем при тревожных расстройствах без депрессии (ПР, ПРА: 23,2±2,1 баллов). Таким образом, клинические варианты ППР с ПС значимо отличались по эмоционально-сенситивному фактору алекситимии, но не по когнитивному.

В зависимости от принадлежности к этническим группам обнаружена тенденция (не достигающая уровня статистической значимости) превышения общего бала по шкале алекситимии TAS-20 в якутской группе (62,5±4,4 балла против 61,9±3,7 баллов в группе пациентов-славян). Дифференцированный анализ показателей трех составляющих алекситимии выявил статистически достоверные различия ($p < 0,05$) только по фактору «затруднения в описании чувств» (DDF): более высокие показатели фактора DDF зарегистрированы в якутской группе больных ППР с ПС (16,1±2,7 балла) по сравнению со славянской (15,4±2,4 балла). Показатели двух других факторов DIF («затруднения в различении чувств и телесных сенсаций») и EOT («экстернальный когнитивный стиль»), между этническими группами достоверных различий не имели.

Значение некоторых факторов патогенеза ППР с ПС с учетом клинической и этнокультуральной группировки изученных случаев. Анамнез большинства пациентов был насыщен соматическими заболеваниями и соматическими дисфункциями. Согласно критериям исключения, в обследованную выборку не включались пациенты с тяжелой соматической патологией, болезнями с пароксизмальными или выраженными вегетативными нарушениями, хроническими заболеваниями нижних дыхательных путей. Клинической манифестации ППР с ПС сопутствовали нерезко выраженные соматические заболевания и дисфункции, которые диагностировались более чем в половине наблюдений (57 человек, 56%). Наиболее часто обнаруживались деформирующие дорсопатии (38 случаев, 38%), заболевания из категории «другие болезни сердца» МКБ-10 (безопасные аритмии, предсердно-желудочковая блокада первой степени, пролапс митрального клапана) (25 случаев, 25%), гипертоническая болезнь (19 случаев, 19%), а также другие синдромы головной боли (головная боль напряжения, посттравматическая головная боль) (19 случаев, 19%). Более редко диагностировались посткоммоционный синдром (посттравматическая энцефалопатия у пациентов с ПТСР) (9 случаев, 9%), мигрень (3 случая, 3%), вазомоторный и аллергический ринит (7 случаев, 7%), хронический синусит (4 случая, 4%), хронические болезни миндалин и аденоидов (5 случаев, 5%), хронический поверхностный гастрит (9 случаев, 9%), желчнокаменная болезнь (5 случаев, 5%), хронический панкреатит (4 случая, 4%), хронический вирусный гепатит (3 случая, 3%), хронический цистит (8 случаев, 8%), хронический пиелонефрит (1 случай, 1%).

В зависимости от этнической группировки отмечались некоторые различия в представленности коморбидной соматической патологии. В якутской группе деформирующие дорсопатии регистрировались у 21 больного (40%), посткоммоционный синдром – у 7 пациентов (13%), «другие синдромы головной боли» МКБ-10 – у 14 пациентов (26%), заболевания из категории «другие болезни сердца» МКБ-10 – также у 14 пациентов (26%), гипертоническая болезнь – у 8 человек (15%).

В славянской группе деформирующие дорсопатии выявлялись у 17 пациентов (35%), посткоммоционный синдром – у 2 пациентов (4%), «другие синдромы головной боли» – у 5 (10%), «другие болезни сердца» – в 11 случаях (23%), гипертоническая болезнь – также в 11 случаях (23%).

Таким образом, установлено некоторое преобладание диагностики коморбидной гипертонической болезни среди пациентов славянской группы, а посткоммоционного синдрома и «других синдромов головной боли» — среди пациентов якутской группы.

Изучение значения наследственной предрасположенности осуществлялось методом сбора семейного анамнеза, который предполагал получение наиболее полных сведений о психопатологических расстройствах в семьях больных. Наиболее часто встречающейся патологией среди родственников больных, особенно первой степени родства, был преимущественно мужской алкоголизм: алкоголизм у одного из родителей зарегистрирован у 56 пациентов (55%). Достаточно часто алкоголизм

встречался и среди родственников 2 и 3 степеней родства, однако эти показатели менее надежны в связи с отсутствием у многих больных сведений о дальних родственниках. В настоящем исследовании анализировались сведения, касающиеся лишь психической патологии у родителей.

В зависимости от клинического варианта ППР с ПС алкоголизм наиболее часто встречался в группе пациентов с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами, коморбидными с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) (32 случая, 67%), оказываясь менее представленным в группе пациентов с тревожными расстройствами (ПР, ПРА) (17 случаев, 44%), или в группе с диссоциативными расстройствами (СДКР, ПТСР) (7 случаев, 50%). При этом различия по данному показателю между группами ПРА+Д, СФР+Д, с одной стороны, и ПР, ПРА - с другой оказались статистически достоверными ($p < 0,05$). В этнических группах случаи алкогольной зависимости несколько чаще встречались в семьях пациентов якутской группы (31 случай, 58%), чем в семьях пациентов славянской группы (25 случаев, 52%), но без достоверных различий.

Помимо аддиктивной патологии, у родителей пробандов анализировались расстройства, феноменологически близких их состоянию. Последние обычно характеризовались больными как «точно такое же, сходное заболевание» в виде сочетания соматических жалоб и аффективных расстройств (тревога, депрессия), которые обусловили неоднократные обследования и длительное, хотя и недостаточно эффективное лечение. Подобные случаи были отмечены у 20 пациентов (20%): у 13 пациентов (27%) в славянской группе и 7 пациентов (13%) в якутской группе. При этом случаи феноменологически близких состояний у одного из родителей достоверно чаще наблюдались при тревожно-фобических и соматоформных расстройствах, ассоциированных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) (15 случаев, 31%), чем в группе с тревожными расстройствами (ПР, ПРА) (5 случаев, 13%) ($p < 0,05$). А среди родителей пациентов с диссоциативными расстройствами (СДКР, ПТСР) не отмечено ни одного случая подобных состояний.

Аффективные психозы с преобладанием депрессивной симптоматики и указаниями на амбулаторное и стационарное лечение в лечебных учреждениях психиатрического профиля встречались в семьях 8 больных (8%): у 5 пациентов (10%) в славянской группе и 3 пациентов (6%) в якутской группе. В зависимости от клинического варианта ППР с ПС аффективные психозы достоверно чаще встречались в семьях пациентов с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами, коморбидными с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) (15%), и значительно реже (3%) – в группе с тревожными расстройствами (ПР, ПРА). В группе пациентов с диссоциативными расстройствами (СДКР, ПТСР) не было зарегистрировано ни одного случая большой депрессии у родителей.

При оценке влияния психогенных факторов в качестве стрессоров рассматривались критические жизненные события и хронические стрессоры, актуальные в период, предшествующий манифестации ППР с ПС. Анализ показал преобладание трех типов критических жизненных событий в течение

года до манифестации психопатологических расстройств у обследованных пациентов: межличностные конфликты (в семье, на работе, судебные тяжбы) (42 случая, 42%), тяжелое заболевание близкого родственника (25 наблюдений, 25%), травматические события, которые были представлены ситуациями физического насилия при ПТСР (9 случаев, 9%).

В зависимости от клинического варианта ППР с ПС статистически достоверно более высокие показатели межличностных конфликтов перед манифестацией заболевания выявлялись в группе пациентов с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами, коморбидными с депрессией, чем в группе пациентов с изолированными тревожными расстройствами (52% и 31% соответственно). Среди пациентов с диссоциативными расстройствами (СДКР, ПТСР) этот показатель имел промежуточное значение (36%).

Явления хронического стресса значимо преобладали в анамнезе заболевания при тревожных (ПР, ПРА) (64%), а также тревожно-фобических и соматоформных расстройствах, коморбидных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) (77%). При диссоциативных расстройствах (СДКР, ППСР) показатель наличия хронических стрессоров оказался наиболее низким и составил 36%.

Случаи тяжелой болезни близких родственников в течение года до манифестации ППР с ПС наблюдались примерно с равной частотой по всем клиническим группам ППР с ПС (21-27%). Ни одного травматического события не было зарегистрировано в период, предшествующий манифестации, в группе пациентов с изолированными тревожными (ПР, ПРА) и коморбидными с депрессией тревожных и соматоформных расстройствах (ПРА+Д, СФР+Д). Развитию диссоциативных расстройств (СДКР, ППСР) достоверно чаще предшествовали ситуации физического насилия (64%).

В зависимости от этнической принадлежности в якутской группе пациентов встречались чаще, чем в славянской группе такие критические события как ситуации физического насилия (травматические события) (13% и 4% соответственно), межличностные конфликты (45% и 37% соответственно). В славянской группе пациентов чаще, чем в якутской обнаруживались хронические стрессоры (71% и 62% соответственно). Однако данные различия между этническими группами не достигали уровня статистической значимости. Случаи тяжелого заболевания близких родственников в течение года до манифестации ППР с ПС среди пациентов якутской и славянской групп выявлялись в анамнезе с примерно равной частотой (26% и 23% соответственно).

Терапия ППР с ПС предполагает комплексный подход, включающий психофармакологические и психотерапевтические мероприятия. Психофармакотерапия осуществлялась на основе верификации синдромов-мишеней по общепринятым методикам, психотерапия включала КПТ с акцентом на выявленные особенности переживания внутренней картины болезни представителями якутского и славянского этносов.

ВЫВОДЫ

1. Феноменологически ПС включают симптомы ПА, другие соматизированные симптомы, диссоциативно-конверсионные нарушения, которые на додиагностическом этапе требуют дифференциации с такими соматическими заболеваниями и дисфункциями, как: «пароксизмальные нарушения сердечного ритма», «феохромацитомы», «ишемическая болезнь сердца», «вегетативные, висцеральные парциальные приступы, или простые парциальные приступы с психическими симптомами», «синдром вертебробазиллярной артериальной системы».

2. Психопатологические проявления пограничных психических расстройств, протекающих с ПС у пациентов, обращающихся в общесоматическую сеть, отличает клинический полиморфизм. В большинстве случаев (86%) наблюдаемые у этих больных ПС могут быть квалифицированы как панические атаки, проявляющиеся в рамках панических расстройств без агорафобии (F41.0) или с агорафобией (F40.01), а также как паникоподобные состояния в структуре недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1). Гораздо реже (14%) ПС являются выражением диссоциативно-конверсионных нарушений, выступающих в рамках смешанных диссоциативных (конверсионных) расстройств (F44.7) и «симптомов вторжения» при посттравматических стрессовых расстройствах (F43.1).

3. Клинико-диагностическая оценка ППР с ПС в изученной выборке, обнаружило следующее распределение форм этой патологии: а) паническое расстройство без агорафобии (F41.0) – 7,9%; б) паническое расстройство с агорафобией (F40.01) – 30,7%; паническое расстройство с агорафобией и депрессией (F40.01, F32) – 36,6%; недифференцированное соматоформное расстройство в сочетании с депрессией (F45.1, F32) – 11,9%; смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7) – 5%; «симптомы вторжения» (чаще всего навязчивые воспоминания о травматических событиях) при посттравматических стрессовых расстройствах (F43.1) – 8,9%. Зависимости представленности удельного веса этих состояний от этнокультуральной принадлежности пациентов (якутский и славянский этнос) не установлено.

4. Клинические проявления ПА и паникоподобных состояний (87 пациентов) существенно различались в зависимости от наличия депрессии (F32) (ПРА+Д, СФР+Д) или ее отсутствия (ПР, ПРА) в структуре психопатологических нарушений. При тревожно-фобических и соматоформных расстройствах, ассоциированных с депрессией (F32) (ПРА+Д, СФР+Д), удельный вес большинства диагностических пароксизмальноподобных симптомов был большим, чем в группах с изолированными тревожными расстройствами (ПР, ПРА). Достоверно чаще регистрировались такие соматизированные симптомы, как «затруднения в дыхании», «чувство удушья», «боли или дискомфорт в груди», «парестезии», а также – «страх смерти», «дереализация, деперсонализация». Статистически значимых различий в распространенности соматизированных симптомов среди пациентов анализируемых этнических групп не выявлено.

5. В процессе катамнестического наблюдения, (катамнез $2,9 \pm 0,7$ года), у

пациентов с первичной диагностикой унитарного панического расстройства, по сравнению с пациентами, характеризующимися множественными коморбидными нарушениями (ПРА+Д и СФР+Д), включая диссоциативно-конверсионные расстройства (СДКР и ПТСР), установлена не связанная с этнокультуральной принадлежностью меньшая выраженность ($p < 0,05$) психопатологических расстройств. Обнаружено, что первично диагностируемый полиморфизм клинических проявлений ППР с ПС, включающий как синдромально очерченные депрессивные, так и диссоциативные расстройства, является прогностически неблагоприятным признаком.

6. Установлены некоторые различия изучаемых параметров, зависящие от этнокультуральной принадлежности пациентов, страдающих ППР с ПС: а) обращались за психиатрической помощью значительно реже представители якутского этноса; б) распространенность соматизированных симптомов (по шкале SOMS-2) была выше в якутской группе, с относительно большей частотой таких болевых симптомов, как «головные боли», «боли в животе, спине, конечностях», в то время как у пациентов славянской группы представленность соматических симптомов чаще «смещалась» в сторону «затруднения в дыхании»; в) при общей тенденции превышения в якутской группе пациентов общего бала по шкале алекситимии TAS-20, достоверно более высоким оказался показатель фактора «затруднения в описании чувств» (DDF); г) среди форм коморбидной соматической патологии в славянской группе преобладала гипертоническая болезнь, а среди пациентов якутской группы – посткоммоционный синдром и «другие синдромы головной боли».

7. Установленные клиничко-патогенетические и клиничко-динамические особенности ППР с ПС среди представителей «традиционной» (якуты) и «западной» (славяне) культур предполагают необходимость учета этнокультурального фактора при организации помощи в условиях полиэтнического населения Республики Саха (Якутия). Это позволит осуществлять диагностику на ранних этапах ППР с ПС и дифференцированные подходы к психотерапии, расширяя возможности превенции неблагоприятного течения заболеваний.

Практические рекомендации.

1. Целесообразно включение и использование психиатрических знаний в общемедицинской практике, что не только повышает осведомленность интернистов о психопатологических нарушениях, объединенных термином «соматически необъяснимые симптомы», но и делает необходимым организацию уже на ранних этапах заболевания бригадной формы помощи, осуществляемой в общесоматической сети, с привлечением психиатров (наряду с другими специалистами) к интегративному участию в лечебно-диагностическом процессе.

2. Больным тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами коморбидными с депрессивным эпизодом, а также пациентам с диссоциативными расстройствами целесообразно, учитывая вероятность неблагоприятного течения заболевания в таком случае, после достижения

ремиссии проводить длительную поддерживающую фармакотерапию и последующее динамическое наблюдение.

3. В целях улучшения результатов лечения пограничных психических расстройств у пациентов, являющихся представителями якутского этноса, необходимо использование дополнительных психотерапевтических программ, ориентированных на характерные для таких больных выраженные черты алекситимии.

Список работ по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Винокуров Е. В. Пограничные психопатологические расстройства с пароксизмальноподобными состояниями у пациентов терапевтического стационара / Е. В. Винокуров, В. С. Собенников // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 1 (26). – С. 66–67.

2. Винокуров Е. В. Расстройства с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза у пациентов общесоматической сети различных этнических групп населения Республики Саха (Якутия) / Е. В. Винокуров, В. С. Собенников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1 (76). – С. 112–116.

Другие научные публикации

3. Винокуров Е. В. Пограничные психические расстройства с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза у пациентов общесоматической сети / Е. В. Винокуров, В. С. Собенников // Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике: сборник материалов VIII Байкальской конференции, Иркутск, 25 сентября 2012 г. – Иркутск, 2012. – С. 7–11.

4. Винокуров Е. В. Дифференцированная оценка пароксизмальных состояний неэпилептического генеза в структуре мономорфных расстройств тревожного спектра и полиморфных коморбидных нарушений среди пациентов общесоматической сети / В. С. Собенников, Е. В. Винокуров // Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход): тезисы докладов Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием, Курск, 14-15 мая 2013 г. – Курск: КГМУ, 2013. – С. 79–85.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ДКПС – диссоциативно-конверсионные пароксизмальноподобные состояния
ДКР – диссоциативно-конверсионные расстройства
ПА – панические атаки
ППР с ДКПС – пограничные психические расстройства с диссоциативно-конверсионными пароксизмальноподобными состояниями
ППР с ПС – пограничные психические расстройства с пароксизмальноподобными состояниями
ППР с ТСПС – пограничные психические расстройства с тревожно-соматоформными пароксизмальноподобными состояниями
ПпС – паникоподобные состояния
ПР – панические расстройства
ПРА – агорафобия с паническими атаками
ПРА+Д – агорафобия с паническими атаками, коморбидная с депрессивным эпизодом
ПС – пароксизмальноподобные состояния
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
СДКР – смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства
СФР – недифференцированное соматоформное расстройство
СФР+Д – недифференцированное соматоформное расстройство, коморбидное с депрессивным эпизодом
ТСПС – тревожно-соматоформные пароксизмальноподобные состояния
НАМ-А – клиническая шкала тревоги
HDRS – шкала депрессии
TAS-20 – опросник алекситимии
DES – опросник диссоциации
СМИЛ – Стандартизированный многофакторный метод исследования личности
РЛ – расстройство личности
DIF – difficulty in identifying feelings – «затруднения в идентификации и различении чувств и телесных сенсаций»
ЕОТ – «экстернальный когнитивный стиль»