

УДК 616.89:616.24

Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению**Psychosomatic Disorders in Patients with Pulmonary Hypertension: Impact on Treatment Adherence**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-6-16>Самушия М.А.¹, Рожкова Ю.И.^{1,2}, Лобанова В.М.¹, Данковцева Е.Н.^{1,2}, Затеищиков Д.А.^{1,2}¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия² ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, РоссияSamushiya M.A.¹, Rozhkova Yu.I.^{1,2}, Lobanova V.M.¹, Dankovtseva E.N.^{1,2}, Zateishchikov D.A.^{1,2}¹ «Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs», Moscow, Russia² «City Clinical Hospital №51 of the Moscow City Health Department», Moscow, Russia

6

Цель работы: изучить психосоматические расстройства, манифестирующие в связи с обстоятельствами легочной гипертензии (ЛГ), оценить влияние психосоматической патологии на особенности формирования внутренней картины болезни, уровень комплаентности, определить необходимость психокоррекционных мероприятий.

Материал и методы: были включены 40 пациентов с установленным диагнозом ЛГ 1-й и 4-й групп. Все больные последовательно поступали в период с сентября 2017 г. по сентябрь 2018 г. в ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗМ». Оценивались частота, спектр и выраженность психических расстройств, их длительность, особенности личностного склада больных, типы реагирования на болезнь с использованием экспериментально-психологических методов. Эти параметры сопоставлялись с показателями тяжести ЛГ на момент психиатрического обследования.

Результаты: у 30 (75%) из 40 больных диагностированы психические нарушения в рамках психосоматической патологии. Все больные разделены на четыре группы в зависимости от типа выявленных расстройств. Диагностированная психосоматическая патология различается по механизмам развития, длительности, выраженности психических расстройств, зависит от тяжести симптомов ЛГ. В каждой из групп выявлены особенности внутренней картины болезни и различия в уровне комплаентности в зависимости от типа психосоматической патологии, а также различная потребность в психофармакотерапии и психотерапии.

Вывод: наличие коморбидной психосоматической патологии у пациентов с ЛГ значительно влияет на особенности формирования внутренней картины болезни и уровень комплаентности, что подчеркивает значимость работы междисциплинарной группы специалистов, с включением психиатра, психотерапевта при ведении данной группы пациентов.

Ключевые слова: легочная гипертензия; психосоматические расстройства; расстройства личности; типы реагирования на болезнь; комплаентность.

Для цитирования: Самушия М.А., Рожкова Ю.И., Лобанова В.М., Данковцева Е.Н., Затеищиков Д.А. Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению. *Психиатрия*. 2019;17(3):6–16.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of work: to study psychosomatic disorders manifesting in connection with the circumstances of pulmonary hypertension (PH), to evaluate the impact of psychosomatic pathology on the features of the internal picture of the disease formation, the level of compliance, to determine the need for psychocorrectional measures.

Material and methods: there were 40 patients with PH of the 1st and 4th groups admitted consistently from September 2017 to September 2018 in the City Clinical Hospital №51 of the Moscow City Health Department. The following parameters were evaluated: frequency, spectrum and severity of diagnosed psychiatric disorders, their duration, personality disorders and types of response to the disease using experimental psychological methods. These parameters were compared with indicators of the severity of PH at the time of the psychiatric examination.

Results: from 40 patients in 30 (75%) were diagnosed with mental disorders in the framework of psychosomatic pathology. All patients were divided into 4 groups depending on the type of registered psychosomatic disorders. Diagnosed psychosomatic pathology differs in the mechanisms of development, duration, severity of mental disorders, depends on the severity of symptoms of PH. In each group, features of the internal picture of the disease and differences in the level of compliance depending on the type of psychosomatic pathology were revealed. In addition, in the considered groups, the need for psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Conclusion: the presence of comorbid psychosomatic pathology in patients with PH significantly influences the formation of the internal picture of the disease and the level of compliance, which emphasizes the importance of formation the multidisciplinary team of specialists, including psychiatrists and psychotherapists in the management of this patients group.

Keywords: pulmonary hypertension; psychosomatic disorders; personality disorders; types of response to the disease; compliance.

For citation: Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I., Lobanova V.M., Dankovtseva E.N., Zateishchikov D.A. Psychosomatic Disorders in Patients with Pulmonary Hypertension: Impact on Treatment Adherence. *Psychiatry*. 2019;17(3):6–16.

There is no conflict of interest

Список сокращений

ЛГ — легочная гипертензия

НР — нозогенная реакция

РЛ — расстройство личности

ВВЕДЕНИЕ

Легочная гипертензия (ЛГ) является патофизиологическим состоянием, которое осложняет течение целого ряда заболеваний, либо имеет идиопатическую природу [1]. В настоящее время ЛГ считается актуальной мультидисциплинарной проблемой, ассоциированной с крайне неблагоприятным прогнозом заболевания, значительным снижением качества жизни и формированием психических нарушений [2]. В литературе, посвященной изучению психических расстройств при ЛГ, представлены разрозненные данные по распространенности и спектру психической патологии, однако результаты большей части исследований подтверждают факт высокой частоты диагностики патологии тревожно-депрессивного спектра — более чем у 50% пациентов [3, 4].

В соответствии с современными представлениями, понятие «психосоматические расстройства» обозначает линии пересечения симптомокомплексов психической и соматической сферы, находящихся в различных коморбидных соотношениях, что отражается в клиническом полиморфизме данной группы расстройств [5]. Изучение коморбидных соотношений психических и сердечно-сосудистых расстройств имеет большое практическое значение, что связано с рядом неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. С одной стороны, психосоматические расстройства ассоциируются с чрезмерным использованием медицинской помощи, в то же время они могут ухудшать течение сопутствующего сердечного заболевания: повышать риск смерти и повторной госпитализации [6]. Следует также учитывать, что психосоматические расстройства сами по себе способны серьезно повлиять на адаптационные возможности пациента, комплаентность и качество жизни [7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На сегодняшний день изучению вопросов распространенности, типов психосоматических расстройств при ЛГ, влияния психосоматической патологии на формирование внутренней картины болезни и уровень комплаентности уделяется недостаточно внимания.

Целью работы было определение типов психосоматических нарушений, манифестирующих в связи с обстоятельствами диагностики и течения ЛГ, и их влияния на приверженность к лечению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изученная выборка сформирована в период с сентября 2017 г. по сентябрь 2018 г. из числа больных ле-

гочной гипертензией, последовательно поступивших в ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 Департамента здравоохранения города Москвы».

Критерии включения: больные с подтвержденным диагнозом легочной гипертензии 1-й и 4-й групп (идиопатической легочной артериальной гипертензией, легочной гипертензией, ассоциированной с врожденными пороками сердца или системными заболеваниями соединительной ткани и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией); возраст на момент обследования не старше 65 лет; информированное согласие на участие в исследовании.

В исследование не включались больные, состояние которых не позволяло провести психопатологическое обследование в необходимом объеме. Критерии невключения: клинически выраженные формы органического поражения центральной нервной системы (F00–F09 по МКБ-10); злоупотребление психоактивными веществами (F10–F19); прогрессивная форма шизофрении с расстройствами психотического уровня и конечные состояния при шизофрении (F20, F22–F29); умственная отсталость (F71–F79); терминальные состояния при различных соматических заболеваниях. Таким образом, из 57 поступивших больных в исследование не вошли 17.

Обследование больных с целью постановки диагноза «легочная гипертензия» проводилось в соответствии с Европейскими рекомендациями 2015 г. и включало в себя инвазивное измерение показателей центральной гемодинамики с использованием катетера типа Свана–Ганца (оценивалось давление в легочной артерии, сердечный выброс, рассчитывалось легочное сосудистое сопротивление), проведение теста на вазореактивность, эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию. Переносимость нагрузки определяли с помощью теста шестиминутной ходьбы.

Всего в исследование включено 40 больных, из них 9 мужчин и 31 женщина. Средний возраст пациентов составил $44,1 \pm 11,9$ года. Ведущий метод исследования — клинико-психопатологический. Процедура клинического обследования пациентов включала оценку психического состояния и анализ анамнестических сведений с учетом объективных данных из доступной медицинской документации.

Психопатологический анализ, помимо клинической оценки, включал в себя применение следующих шкал и методик исследования [8–10]:

- шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS);
- опросник дисфункциональных личностных черт (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, SCID-II);
- опросник шизотипических черт личности (Schizotypal Personality Questionnaire, SPQ);
- опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R);
- краткий опросник тревоги о здоровье (Short Health Anxiety Inventory, SHAI);

- методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ);
- субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20);
- опросник «Уровень комплаентности».

Настоящее исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ ДПО «Центральная государственная Медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, протокол №4-Л/2018 от 29 мая 2018 г.

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов программы STATISTICA 10.0 (критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена с поправкой Bonferroni при оценке значения p ; кластерация данных осуществлялась методом k -средних).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 10 (25%) из 40 больных по данным клинико-психопатологического обследования констатирован адаптивный тип реагирования на болезнь ($9,1 \pm 1,7$ по шкале гармоничного типа реагирования ТОБОЛ), клинически завершённой психической патологии в этих случаях не было выявлено ($6,3 \pm 1,2$ по HARS; $5,1 \pm 2,1$ по HDRS). Уровень тревожного реагирования пациентов соответствовал тяжести соматического заболевания, патологической ипохондрической фиксации у данной группы пациентов не обнаружено ($0,6 \pm 0,2$ по SHAI).

Особенности комплаенса данной группы пациентов:

- гармоничный тип отношения к болезни, адекватное восприятие картины болезни, установка на выздоровление;
- устойчивое и продуктивное сотрудничество с врачом;
- активный запрос на проведение психотерапии с поиском ресурсов для достижения психологического благополучия.

У 30 пациентов (75%) выявлены психические нарушения в рамках психосоматической патологии. Согласно полученным данным, уровень комплаентности отличается у пациентов с адаптивным типом реагирования на болезнь и с выявленными психосоматическими расстройствами. Кроме того, уровень комплаентности также различается в четырех рассматриваемых группах психосоматических расстройств (статистическая значимость при сравнении с каждой из нозологических групп соответствовала $p < 0,01$). Состояния этого круга отчасти соответствуют расстройствам приспособительных реакций (F43.2), посттравматическому стрессовому расстройству (F43.2), хроническим изменениям личности (F62.0) по МКБ-10. У 7 (17,7%) пациентов до начала клинических проявлений ЛГ была диагностирована аффективная патология: депрессивный эпизод легкой или средней тяжести (F32.0, F32.1 по МКБ-10); рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0, F33.1 по МКБ-10).

Больные были разделены на четыре группы по выявленному психосоматическому расстройству:

- группа 1 — диссоциативная нозогенная реакция ($n = 13$);
- группа 2 — легочная гипертензия как коморбидное аффективной патологии состояние ($n = 7$);
- группа 3 — соматогенная депрессия ($n = 5$);
- группа 4 — невротическое ипохондрическое развитие ($n = 5$).

Статистически значимых различий в клинических характеристиках между выделенными группами больных не выявлено (табл. 1).

Группа 1. Диссоциативная нозогенная реакция (13 наблюдений: 10 женщин, 3 мужчин)

В группе с диссоциативной нозогенной реакцией (НР) накапливаются следующие личностные предрасположения: истерическое ($n = 7$) и шизотипическое ($n = 3$) расстройство личности (РЛ), гипертимические акцентуации ($n = 3$). По данным психометрической оценки в рассматриваемой группе отсутствуют признаки клинической депрессии ($7,1 \pm 0,7$ HARS; $4,4 \pm 0,5$ по HDRS), что в сочетании с низким баллом по шкале тревоги о здоровье ($0,2 \pm 0,4$ по SHAI) может объясняться недостаточностью анализа собственного соматического статуса. Отсутствие адекватной осознанности собственного соматического и аффективного состояния приводит к псевдокомпенсаторным реакциям на болезнь эргопатического типа, сходным с реакцией «бравого солдата» (34% группы; $9,3 \pm 2,1$ по ТОБОЛ), и анозогнозического типа со снижением критичности к неблагоприятной картине заболевания, сходным с «прекрасным равнодушием» (66% группы; $8,6 \pm 1,9$ по ТОБОЛ).

Особенности комплаенса данной группы:

- отсутствие комплаентности на фоне недостаточности оценки тяжести и прогноза собственного заболевания;
- игнорирование субъективно не удовлетворяющих форм диагностики и терапии, недостаточный субъективный контроль за реализацией медикаментозной терапии и диагностического процесса, частый отказ от терапии;
- позднее обращение за врачебной помощью в связи с продолжительным игнорированием соматической симптоматики.

Группа 2. Легочная гипертензия как коморбидное аффективной патологии состояние (7 наблюдений: все женщины)

Конституционально-личностная патология представлена истерическим ($n = 1$), пограничным ($n = 1$), зависимым ($n = 1$), ананкастическим ($n = 2$) РЛ и гипертимической акцентуацией ($n = 2$). В данной группе отмечается присоединение нозогенного компонента по типу «двойной депрессии» с формированием ипохондрической депрессии (1-я подгруппа, 4 наблюдения), либо развитием картины эндореактивной депрес-

Таблица 1/Table 1

Клиническая характеристика пациентов ($n = 40$)/Clinical characteristics of patients ($n = 40$)

Показатели/Indices	Группа 1/ Group 1	Группа 2/ Group 2	Группа 3/ Group 3	Группа 4/ Group 4	Без выявленных ПР/Without mental disorders
Число больных, n (%)	13 (32,5)	7 (17,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	10 (25,0)
Длительность, мес.	28,2 ± 43,5	5,1 ± 4,0	13,2 ± 12,3	51,0 ± 29,2	47,9 ± 110,6
Средний возраст, лет	49,0 ± 12,6	42,3 ± 9,6	48,4 ± 5,9	38,0 ± 9,5	39,9 ± 13,9
ИЛАГ, n (%)	6 (15,0)	5 (12,5)	2 (5,0)	2 (5,0)	5 (12,5)
ЛГ, ассоциированная с ВПС, n (%)	2 (5,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	2 (5,0)	2 (5,0)
ЛГ, ассоциированная с системными ЗСТ, n (%)	1 (2,5)	–	1 (2,5)	1 (2,5)	–
ХТЭЛГ, n (%)	4 (10,0)	–	1 (2,5)	–	3 (7,5)
II ФК ЛГ, n (%)	4 (10,0)	4 (10,0)	–	–	5 (12,5)
III ФК ЛГ, n (%)	9 (22,5)	3 (7,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	5 (12,5)
СДЛА, мм рт. ст.	78,7 ± 28,5	74,6 ± 39,4	81,6 ± 20,9	88,0 ± 30,8	79,9 ± 28,5

ВПС — врожденный порок сердца, ЗСТ — заболевания соединительной ткани, ИЛАГ — идиопатическая легочная артериальная гипертензия, ЛГ — легочная гипертензия, ПР — психические расстройства, СДЛА — систолическое давление в легочной артерии, ХТЭЛГ — хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, ФК — функциональный класс. CHD — congenital heart disease, CTD — connective tissue diseases, ИПАХ — idiopathic pulmonary arterial hypertension, PH — pulmonary hypertension, MD — mental disorders, PASP — pulmonary artery systolic pressure, CTEPH — chronic thromboembolic pulmonary hypertension, FC — functional class.

сии (2-я подгруппа, 3 наблюдения), при этом специфика комплаентного поведения также обнаруживает различия. Преобладающие типы реакции пациентов на болезнь в 1-й подгруппе по данным ТОБОЛ включают смешанный сенситивно-неврастенический (сенситивный — $7,2 \pm 0,7$; неврастенический — $7,4 \pm 0,9$) у 62% и тревожно-неврастенический (тревожный — $7,6 \pm 0,1$) у 38% пациентов. У пациентов с ипохондрической депрессией отмечается клинически выраженная тревога ($11,2 \pm 0,8$ по HARS) и астения ($71,03 \pm 12,2$ по MFI-20) на фоне депрессии в диапазоне от субклинической ($6,8 \pm 0,5$) до умеренной ($12,3 \pm 0,1$) степени выраженности по HDRS.

Особенности комплаенса 1-й подгруппы:

- озабоченность возможными неблагоприятными последствиями болезни, повышенная чувствительность к болевым ощущениям, страх возможной инвалидности;
- уровень комплаентности достаточный — пациенты выполняют предписания врача, проявляют обеспокоенность результатами обследования;
- излишняя пессимистичность в отношении прогноза своего заболевания, раздражительность и эмоциональная лабильность.

При эндореактивных депрессиях (2-я подгруппа) преобладающая реакция на болезнь имеет тревожно-апатический тип, определяющийся аффективным статусом (клинически выраженные показатели депрессии ($17,3 \pm 9,6$) и тревоги ($13,4 \pm 0,5$) по HDRS и HARS). Тревога из-за возможного неблагоприятного исхода приводит к необоснованному разочарованию в лечебном процессе и нарушениям комплаентности. Особенности комплаенса данной подгруппы не обнаруживали статистически достоверных различий ($p > 0,05$) с показателями 3-й группы, в связи с чем

были описаны в едином блоке с характеристиками соматогенной депрессии.

Группа 3. Соматогенная депрессия (5 наблюдений: 3 женщин, 2 мужчин)

Накапливаются следующие личностные predispositions: шизотипическое ($n = 3$), шизоидное ($n = 1$) и параноидное ($n = 1$) РЛ. Тип реакции на болезнь определяется картиной классической клинической депрессии умеренной степени выраженности ($18,5 \pm 0,2$ по HDRS, $13,3 \pm 0,6$ по HARS), апатомеланхолическим реагированием (апатический — $8,6 \pm 1,2$; меланхолический — $8,2 \pm 0,7$ по данным ТОБОЛ).

Особенности комплаенса данной группы:

- комплаентное поведение по данным статистических показателей значимо не отличается от пациентов с эндореактивной депрессией ($p > 0,05$), комплаенс нарушен в связи с психическим статусом пациентов, состоянием сверхдурченности болезнью, ощущением безысходности собственного состояния;
- отношение к процедурам и лечению пассивное, чаще стимулированное родственниками;
- субъективная значимость терапии снижена на фоне антивитаальных и суицидальных мыслей, возможен отказ от терапии.

Группа 4. Невротическое ипохондрическое развитие (5 наблюдений: все женщины)

Конституционально-личностная патология представлена истерическим ($n = 2$), пограничным ($n = 1$), шизоидным ($n = 1$) и шизотипическим ($n = 1$) РЛ. Преобладающие типы реагирования на болезнь включают ипохондро-фобический (53% пациентов) и параноидно-ипохондрический (47% пациентов) типы (ипохондрический — $11,1 \pm 0,4$; фобический — $8,5 \pm 1,8$;

паранойяльный — $8,1 \pm 0,5$ по данным ТОБОЛ). На фоне неблагоприятного течения ЛГ отмечается персистирование тревожно-фобических реакций с ипохондрической настроенностью, уровень депрессии — субклинический ($7,9 \pm 0,2$ по HDRS), выраженность тревоги — умеренная ($12,5 \pm 2,7$ по HARS).

Особенности комплаенса данной группы:

- заострение черт мнительности, эгоцентричности, реактивной лабильности;
- гиперчувствительность к соматической симптоматике, склонность к аггравации и драматизации собственного состояния, чрезмерной тревоге о своем здоровье;
- комплаентное поведение лабильно, может варьироваться от первичной «симбиотической» связи с врачом до разочарования в компетентности врача, что может привести к частой смене специалистов, самостоятельной коррекции медикаментозной терапии.

Развернутое описание данных психометрической оценки приведено дифференцированно в рамках каждой клинической группы (статистическая значимость различий между показателями каждой из групп соответствовала $p < 0,01$). По результатам оценки приверженности к лечению в исследуемых группах пациентов выделены три уровня комплаентности: нормативный, неустойчивый и выраженная патология комплаенса. Далее показано соотношение уровней комплаентности с группами пациентов с выявленными психосоматическими расстройствами, а также возможные психокоррекционные мероприятия (рис. 1–3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Психометрический анализ показателей выделенных групп позволил установить связь уровня комплаентности больных с клинической картиной основного пси-



Рис. 1/Fig. 1. Особенности нормативного комплаенса и психокоррекционных мероприятий у пациентов с ЛГ и ипохондрической депрессией/Features of normal compliance and psychocorrectional measures in patients with PH and hypochondriac depression

хосоматического расстройства. Подобные результаты отличаются от принятого в современном психокардиологическом пространстве мнения о влиянии степени тяжести психопатологических нарушений на уровень комплаенса [11]. В настоящем исследовании полученные данные свидетельствуют о значении типа психосоматической патологии в формировании конкретных типов реакции на болезнь и уровня комплаентности.

Диссоциативная НР формируется по механизму компарментализации [12] и связана с накоплением определенных патохарактерологических девиаций. Отчуждение проявлений ЛГ сопряжено с выраженными деперсонализационными (деперсонализация типа *as if*) [13] и дереализационными расстройствами. В качестве проявления отчуждения болезни выступает выражение уверенности в ошибочности тяжести установленного диагноза и отсутствии угрозы для жизни. Проявления болезни при анозогнозическом типе отношения к болезни воспринимаются как «несерьезные»

вплоть до полного вытеснения факта собственного соматического неблагополучия. При эйфорическом варианте отмечается пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению без учета необходимости создания щадящего режима (игнорирование признаков астенизации: $53 \pm 10,2$ по MFI-20). Указанные нарушения не определяются наличием низкого функционального класса ЛГ, но тесно связаны с выявляемой у пациентов личностной патологией: неустойчивостью самосознания при истерическом РЛ, дефицитом чувства реальности при шизотипическом РЛ, иллюзорными представлениями о выздоровлении и своих перспективах при гипертимической акцентуации.

Диссоциативные нарушения у пациентов обнаруживают клинически значимые нарушения комплаентности и требуют психотерапевтической коррекции, в отдельных случаях сочетанной с медикаментозной терапией, направленной на снижение тревоги и стрессогенной астенизации. При этом необходимо проведение пси-

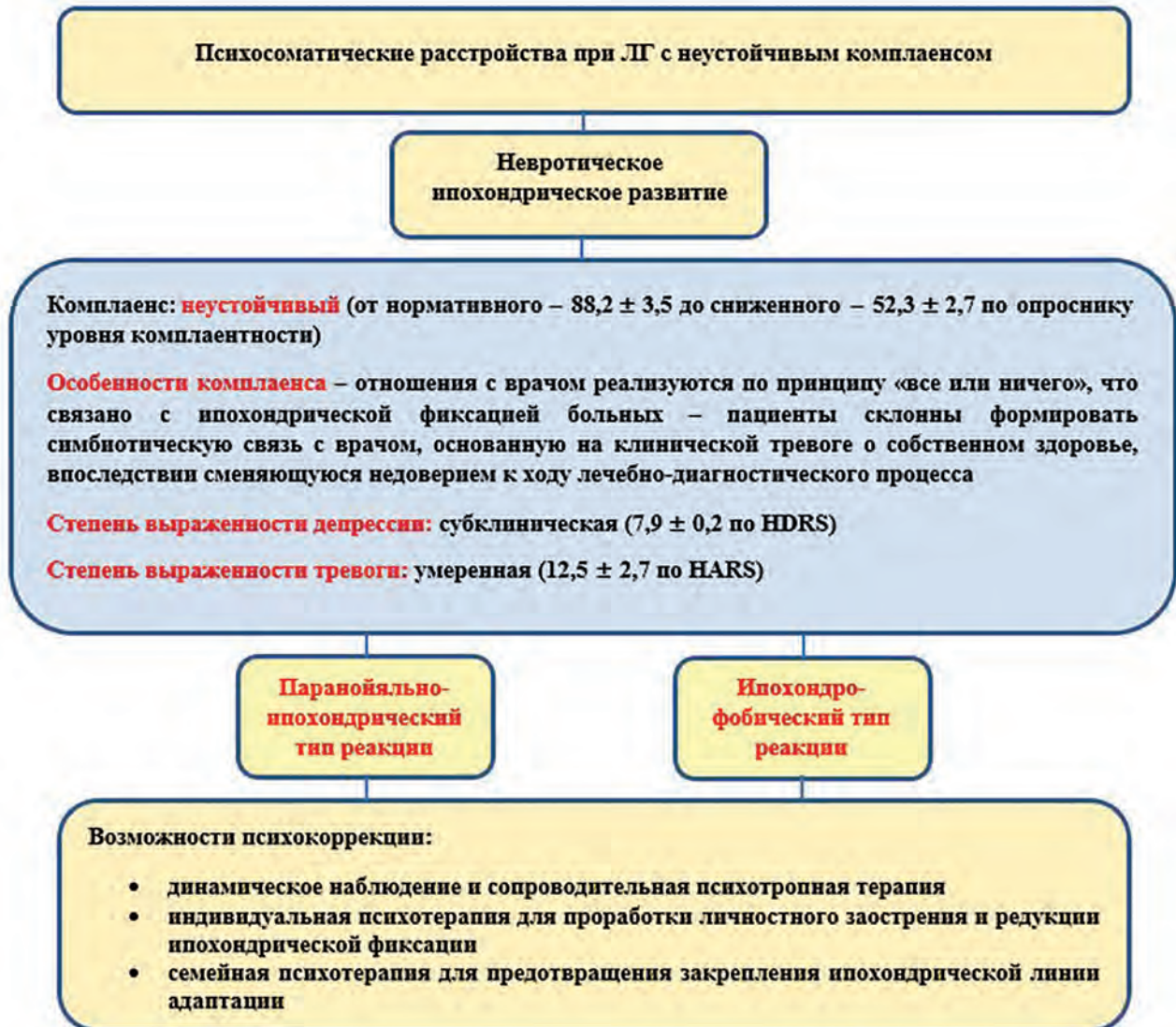


Рис. 2/ Fig. 2. Особенности неустойчивого комплаенса и психокоррекционных мероприятий у пациентов с ЛГ и невротическим ипохондрическим развитием/Features of unstable compliance and psychocorrectional measures in patients with PH and neurotic hypochondria

хообразовательных мероприятий (просветительские беседы со специалистами, предоставление специализированной ознакомительной литературы) для формирования осознанности пациентом своего заболевания и возможных исходов, обозначения важности своевременной оценки психического статуса с решением вопроса о необходимости психотерапии. Существенный вклад вносит индивидуальная психотерапия, направленная на восстановление восприятия образа

болезни, и семейная психотерапия, отвечающая за создание внутрисемейной обстановки, способствующей рациональному отношению к болезни с исключением «ухода» пациента от контроля заболевания.

Пациенты с легочной гипертензией, коморбидной аффективной патологией, в период до диагностики заболевания не имели кардиологических жалоб, установленной сердечно-сосудистой патологии, а в случаях с врожденным пороком сердца были в компен-

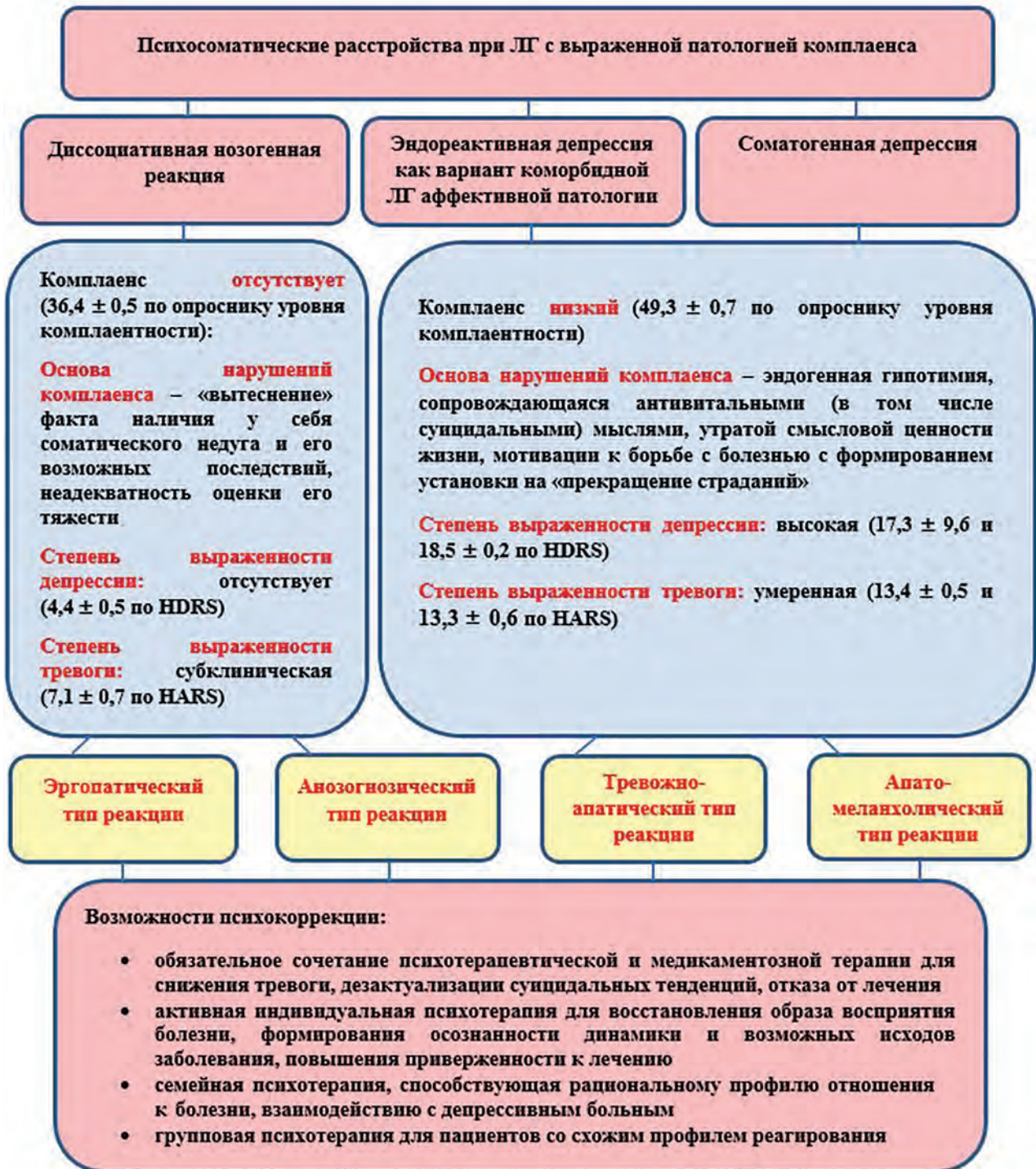


Рис. 3/ Fig. 3. Особенности выраженной патологии комплаенса у пациентов с ЛГ и диссоциативной нозогенной реакцией, эндоактивной и соматогенной депрессией/Features of severe compliance pathology in patients with PH and dissociative nosogenic reaction, endoreactive and somatogenic depression

сированном состоянии. Появлению или утяжелению симптомов ЛГ за 2–3 месяца предшествуют нарушения эмоциональной сферы по типу аутохтонно развивающейся эндогенной депрессии или реактивной тревожно-депрессивной фазы. На фоне аффективной симптоматики наблюдается отчетливое ухудшение соматического статуса с формированием клинических симптомов легочной гипертензии (одышка, отеки нижних конечностей, снижение толерантности к физическим нагрузкам). В дальнейшем при ухудшении соматического статуса отмечается утяжеление депрессивной симптоматики с присоединением нозогенного компонента по типу «двойной депрессии» и формированием картины ипохондрической депрессии у пациентов с предшествующими реактивными аффективными расстройствами. В случаях, когда эндогенная депрессия предшествовала ЛГ, наблюдалось развитие картины эндореактивного аффективного расстройства.

У пациентов с ипохондрической депрессией отмечена астенизация, реактивная лабильность в ответ на минимальные психологические стрессоры. Соматовегетативные комплексы протекают без признаков витализации аффекта (качественный анализ подшкал Гамильтона обнаруживает преобладание показателей по подшкале аффективных расстройств над показателями подшкалы биологических симптомов). В психическом статусе преобладает генерализованная тревога с фиксацией на тяжести недуга («тревога о здоровье» — $0,78 \pm 0,12$; «страх негативных последствий заболевания» — $0,83 \pm 0,76$ по SHAI), отсутствует специфическая ипохондрическая чувствительность к соматическим ощущениям («бдительность к телесным ощущениям» — $0,21 \pm 1,2$ по SHAI), однако показатель по шкале ипохондрического реагирования превышает пороговые показатели ($7,3 \pm 1,3$ по ТОБОЛ).

В структуре эндореактивной депрессии можно выделить две перекрывающиеся психопатологические оси: одна соответствует проявлениям нозогении, вторая — проявлениям аффективной патологии с картиной циркулярной меланхолии. Их отличие заключается в более выраженном и подчиненном суточному ритму снижении настроения с тоской, ангедонией, идеомоторной заторможенностью, идеями самообвинения, нарушениями сна и аппетита. Аффективные нарушения значительно меньше связаны с течением ЛГ, однако отмечается наличие «психогенного комплекса» (доминирование ситуации кардиологического заболевания и социально ограничивающих последствий тяжелой соматической патологии). Тем не менее на первый план выдвигается глобальная негативная переоценка жизни с фиксацией жалоб на собственном аффективном статусе в отрыве от переживаний соматической первопричины. Депрессивное состояние начинает определять тяжесть состояния больного наряду с симптомами ЛГ.

Наличие психогенной провокации и развитие картины ипохондрической депрессии или эндореактивного аффективного расстройства со снижением уровня комплаентности определяет необходимость совмест-

ного ведения пациентов с врачом-психиатром и назначение психофармакотерапии ввиду имеющегося риска ухудшения соматического состояния. В клинических исследованиях также подтверждается влияние депрессии на частоту сердечно-сосудистых заболеваний [14]. Психокоррекционные мероприятия включают тщательное обсуждение с пациентом результатов обследования, дальнейшего лечебно-реабилитационного процесса и динамики заболевания с учетом всех возможных исходов и способов их коррекции с целью редукации ощущения «тревожной неопределенности». Также имеет значение индивидуальная и групповая психотерапия (для пациентов со схожим профилем реагирования), проведение психообразовательных бесед с родственниками.

Соматогенная депрессия развивается у пациентов при объективно тяжелом течении ЛГ с нарастанием одышки при физической нагрузке и в покое, выраженными отеками, асцитом. На момент психиатрического обследования в клинической картине превалирует стойкая гипотимия с подавленностью, тоской, апатией, негативной оценкой своих перспектив и лечебно-диагностического процесса, выраженность которых коррелирует с тяжестью астенического симптомокомплекса и идеаторной заторможенностью. Пациенты теряют свою профессиональную квалификацию, что переживают крайне тягостно с чувством несостоятельности. Выявляются выраженные эндогенные маркеры по типу нарушений сна, аппетита, антивитальных переживаний с обесцениванием своей жизни, вероятной актуализации суицидальных тенденций («желание оборвать безнадежное состояние»). Динамика аффективных нарушений не имеет собственного суточного ритма и напрямую зависит от тяжести соматического состояния.

Сходство комплаентного поведения пациентов с эндореактивной и соматогенной депрессией определяется клиническим единством этиологии, представленной в актуальном статусе пациентов. Подход к лечению пациентов с тяжелыми соматогенными депрессиями предполагает обязательное взаимодействие кардиологов и психиатров, назначение психофармакотерапии в связи с возможной актуализацией суицидальных тенденций и отказа от предлагаемого лечения. Существует необходимость подбора психотропной терапии с предпочтительным выбором антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и бензодиазепиновых транквилизаторов как наиболее безопасных с точки зрения лекарственного взаимодействия с кардиологическими препаратами и неблагоприятного влияния на сердечно-сосудистую систему [15]. Обязательно проведение активной индивидуальной психотерапии пациентов с целью повышения уровня комплаентности, психообразовательных бесед с семьей, направленных на формирование представлений о взаимодействии с депрессивным больным.

В группе пациентов с невротическим ипохондрическим развитием отмечается взаимно потенцирующее

неблагоприятное влияние соматической и психопатологической симптоматики, лабильность комплаентного поведения. Во время психиатрического обследования преобладает утрированная тревога о здоровье и патологическая восприимчивость к телесным ощущениям, сопровождающаяся различными фобическими расстройствами с соматовегетативной и конверсионной симптоматикой (приступы острой нехватки воздуха, учащенного и неровного сердцебиения, парестезии, «приливы» жара или холода), зачастую достигающими уровня панических атак со страхом смерти (значимые повышения по шкалам соматизации: SOM — 1,7 по SCL-90, отражающие присоединение конверсионных расстройств к кардиологической симптоматике). Постоянные телесные жалобы часто не имеют реального соматического основания, но отчетливо связаны с психологическими стрессорами. В поведении отмечается гипертрофированная озабоченность побочными симптомами, самовнушение и ипохондрическая аутоэкзальтация. Больные активно участвуют в ходе лечебного процесса, изучают информацию самостоятельно, могут проявлять недоверие к врачам, расценивать закономерную клиническую динамику как признак неадекватного лечения.

Развитие клинически завершенных психических расстройств, в том числе панического и генерализованного тревожного расстройства, требует совместного с врачом-психиатром динамического наблюдения пациентов и назначения сопроводительной психотропной терапии. Необходимо проведение психообразовательных мероприятий, направленных на формирование у пациента представлений о специфике конверсионного реагирования и неблагоприятных последствиях несоблюдения строгого лечебного режима. Приобретает

значение индивидуальная психотерапия для проработки личностного заострения и редукции ипохондрической фиксации и семейная психотерапия, отвечающая за создание внутрисемейной обстановки, препятствующей закреплению ипохондрической линии адаптации.

Ограничением данного исследования является небольшой объем и гетерогенность обследованной группы, что требует планирования более объемных исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволяют сделать первоначальные выводы о высокой частоте встречаемости психосоматической патологии у пациентов с ЛГ. Было показано влияние выявляемых психосоматических расстройств на особенности формирования внутренней картины болезни и уровень комплаентности пациентов. В проведенном исследовании не было выявлено статистически значимых различий по клиническим характеристикам ЛГ в группах больных с диагностированными психосоматическими расстройствами, что может быть связано с небольшим объемом выборки. Использование объективных психометрических методов обследования больного с ЛГ позволяет улучшить результаты лечения сердечно-сосудистой патологии за счет своевременной диагностики и лечения психосоматических расстройств, что улучшает показатели приверженности к лечению и качества жизни. Таким образом, целесообразно включения в состав мультидисциплинарной бригады Экспертного центра по лечению больных легочной гипертензией специалистов соответствующего профиля (психиатров, психотерапевтов и клинических психологов).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Galiè N, Humbert M, Vachiery J, et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *European Heart Journal*. 2016;37(1):67–119. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv317.
- Yorke J, Deaton C, Campbell M, et al. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study. *BMJ Open Respiratory Research*. 2018;5(1):e000263. DOI: 10.1136/bmjresp2017-000263.
- Pfeuffer E, Krannich H, Halank M, et al. Anxiety, Depression, and Health-Related QOL in Patients Diagnosed with PAH or CTEPH. *Lung*. 2017;195(6):759–68. DOI: 10.1007/s00408-017-0052-z.
- Tartavouille TM. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population. *Clinical nurse specialist*. 2015;29(1):22–28. DOI: 10.1097/nur.000000000000099
- Смулевич АБ. Психические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2011. [Smulevich AB. Mental disorders in clinical practice. М.: MEDpress-inform; 2011. (In Russ.)].
- Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*. 2014;35(21):1365–1372. DOI: 10.1093/eurheartj/eh462.
- Петрова НН, Пилевина ЮВ. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью. *Психические расстройства в общей медицине*. 2012;3:26–31. [Petrova NN, Pilevina YuV. Mental disorders and compliance of patients with chronic heart failure. *Psikhicheskie rasstroistva v obschei medicine*. 2012;3:26–31. (In Russ.)].

8. Зражевская ИА. Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии — грани соприкосновения — междисциплинарная интеграция для поиска решений. Материалы Второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения»; Декабрь 8–9, 2015; Москва. <https://psychiatr.ru/download/2579?view=1&name=Сборник+II+Дроздовские+чтения.pdf>. (Ссылка активна на 13.05.2019). [Zrazhevskaya IA. Actual problems of psychiatry, narcology and psychology — verge of contact — interdisciplinary integration for searching the solutions. Materials of the Second Annual scientific-practical conference with international participation «Drozдовski Readings»; December 8–9, 2015; Moscow. Available at: <https://psychiatr.ru/download/2579?view=1&name=Сборник+II+Дроздовские+чтения.pdf>. Accessed May13, 2019. (In Russ.)].
9. Алёхин АН, Трифонова ЕА, Чернорай АВ. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния. *Артериальная гипертензия*. 2012;18(4):317–24. [Alekhin AN, Trifonova EA, Chernoray AV. Attitude to disease in patients following cardiac emergencies. *Arterialnaya gipertenziya*. 2012;18(4):317–24. (In Russ.)].
10. Урываев ВА, Тарасова АА. Личностные детерминанты реакции на стресс. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2011;6(76):168–173. [Uruvaev VA, Tarasova AA. Determinants of personality stress reaction. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*. 2011;6(76):168–173. (In Russ.)].
11. Dempe C, Jünger J, Hoppe S, et al. Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence in patients with stable coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013;74(2):122–127. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.003.
12. Смудевич АБ, Иванов СВ, Мясникова ЛК и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(12):12–22. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22. [Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK i dr. Stress-induced dissociation in the trajectory of schizotypal personality disorder (on the model of nosogenias in oncologic patients). *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(12):12–22. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22. (In Russ.)].
13. Смудевич АБ, Иванов СВ, Мясникова ЛК и др. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014;3–4:4–14. [Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK i dr. Dissociative disorders in oncology: psychopathology, comorbidity with personality disorders *Psikhicheskie rasstroistva v obschei medicine*. 2014;3–4:4–14. (In Russ.)].
14. Saran RK, Puri A, Agarwal M. Depression and the heart. *Indian Heart Journal*. 2012;64(4):397–401. DOI: 10.1016/j.ihj.2012.06.004.
15. Teplý RM, Packard KA, White ND, et al. Treatment of Depression in Patients with Concomitant Cardiac Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2016;58(5):514–528. DOI: 10.1016/j.pcad.2015.11.003.

Информация об авторах

Самушия Марина Антиповна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3681-9977

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Рожкова Юлия Игоревна, ассистент кафедры, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0003-4808-6766

E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Лобанова Вероника Маратовна, научный сотрудник, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7183-1536

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Данковцева Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0831-1490

E-mail: e-n-d@bk.ru

Затейщиков Дмитрий Александрович, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7065-2045

E-mail: dz@bk.ru

Information about the authors

Marina A. Samushiya, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3681-9977

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Yulia I. Rozhkova, Assistant, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-4808-6766

E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Veronika M. Lobanova, Researcher, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-7183-1536

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Elena N. Dankovtseva, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0831-1490

E-mail: e-n-d@bk.ru

Dmitrii A. Zateishchikov, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-7065-2045

E-mail: dz@bk.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Самушия Марина Антиповна/Marina A. Samushiya

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Дата поступления 15.05.2019

Date of receipt 15.05.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019