

Влияние соматической патологии на клиническую картину и течение аффективных расстройств

Ш.Р. Кухилава¹, П.Ю. Мучник², В.А. Точиллов²

¹ Государственный психоневрологический диспансер со стационаром № 7, Санкт-Петербург

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Проведено исследование течения аффективных расстройств у пациентов с сопутствующей соматической и неврологической патологией. Изучено влияние этой патологии на клиническую картину аффективного приступа, а также течение эндогенного заболевания, качество ремиссий и социальное функционирование больных. В рамках исследования было проведено ретроспективное изучение историй болезни и амбулаторных карт пациентов, страдающих аффективными расстройствами (по критериям МКБ-10).

Результаты исследования показали, что сопутствующая патология влияет на течение биполярного аффективного расстройства, приводит к укорочению ремиссий и в целом — менее благоприятному течению заболевания. Происходит изменение и клинической картины приступа, она становится менее типичной, с привнесением гетерогенной симптоматики. Учет этих изменений может способствовать оптимизации диагностической и лечебной тактики при работе с этим контингентом больных, помочь более точной оценке прогноза развития заболевания.

Ключевые слова: аффективные психозы, сопутствующие заболевания.

Effect of concomitant somatic pathology on the clinic and course of affective disorders

Kukhilava S.R.¹, Muchnik P.Y.² Scientific adviser — prof. Tochilov V.A.²

¹ State neuropsychiatric dispensary with hospital #7, Saint-Petersburg

² North-West State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

Summary. The study of the flow of affective disorders in patients with concomitant somatic and neurological disorders was performed. We were studied the effect of this pathology on the clinical picture and course of affective disorder, the quality of remissions and social functioning of patients. This was a retrospective study of medical records and outpatient charts of patients suffering from affective disorders (by ICD-10 criteria).

The results showed that concomitant disease affects the course of bipolar affective disorder, leads to a shortening of remission and overall — less favorable course of the disease. There is a change in the clinic of affective episode, it becomes less typical, with the introduction of heterogeneous symptoms. Evaluation of these changes may help to optimize diagnostic and therapeutic tactics in this contingent of patients, may improve estimation of prognosis for this patients.

Keywords: affective disorders, co-morbid factors, concomitant diseases.

С момента создания Э. Крепелином учения об эндогенных психозах и выделения маниакально-депрессивного психоза (МДП) на протяжении длительного времени обсуждался вопрос о роли различных внешних факторов в возникновении этих психозов. Хотя Э. Крепелин и не отрицал роли экзогенных факторов в возникновении фаз МДП, однако рассматривал это заболевание как обусловленное в основном эндогенными причинами. В своих исследованиях он обнаружил наследственную отягощенность почти у 80 % больных МДП [11]. Его последователи Ланге, Бумке, К. Шнайдер, Вейтбрехт [3] придерживались той же точки зрения. О роли наследственности писали Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко [5], В.А. Точиллов [8] и С.Н. Мосолов [4].

Наследственная предрасположенность не только играет ведущую роль в развитии заболевания, но зачастую влияет на клинические особенности психоза. О разной наследственной отягощенности при моно- и биполярном вариантах этого заболевания впервые стали говорить К. Леонгард [2],

J. Angst и С. Perris [10]. Глубокий анализ наследования аффективных психозов по типам их течения был проведен L.A. Meynett-Johnson, P. McKeon [7].

Другие авторы — Schott (1903), R. Lipsschitz, (1905), G.L. Dreyfus (1907), W. Mayer-Gross (1960), H. Kornhuber, (1955) — выдвигали концепцию, согласно которой возникновение МДП обусловлено не только эндогенными факторами, но и разнообразными внешними влияниями, как психическими, так и соматическими [3].

Аффективные психозы нередко сочетаются с коморбидными соматическими, неврологическими и эндокринными нарушениями [13, 14]. На протяжении длительного времени в психиатрии превалировала тенденция рассматривать психические заболевания в отрыве от общих процессов, протекающих в организме. Изучение роли хронических и острых инфекций, соматических и эндокринных заболеваний происходило без учета их взаимных влияний друг на друга и на течение имеющегося заболевания.

Изучение роли соматических заболеваний в возникновении психозов оценивалось неоднозначно. Одни авторы психическую болезнь ставили в четкие причинно-следственные отношения с установленной инфекционной и соматической этиологией. Другие формировали синдромологическое направление, имеющее в основе своей концепцию Бонгеффера об экзогенном типе реакций. Сюда причислялись лишь острые психические расстройства, связь которых с предполагаемой причиной была очевидной.

Рассмотрение психических расстройств не должно происходить в отрыве от тех условий, в которых они развиваются. При этом патогенетические механизмы должны рассматриваться как единое целое, оказывающее влияние не только на развитие болезни, но и на клиническую картину и течение. Это подтверждает идеи С.С. Корсакова [1] о том, что неблагоприятный исход психоза обуславливается не только самой сущностью болезненного процесса, но также и условиями, в которых он течет. В настоящее время существует относительно небольшое количество публикаций на эту тему, вопрос изучения коморбидных расстройств и МДП изучен недостаточно [12].

Цель: изучение особенностей течения аффективных расстройств у пациентов с сопутствующей соматической и неврологической патологией. Определение влияния этой патологии на клиническую картину аффективного приступа, а также течение эндогенного заболевания, качество ремиссий и социальное функционирование больных.

Материалы и методы

Материалом исследования стали истории болезней и амбулаторные карты 93 пациентов, проходивших лечение в психиатрической больнице Св. Николая Чудотворца, психиатрической больнице № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, а также в психоневрологических диспансерах Адмиралтейского, Фрунзенского и Василеостров-

ского районов Санкт-Петербурга. В исследование включались пациенты, страдающие биполярным аффективным расстройством (БАР) (согласно критериям МКБ-10. [6]) и имевшие различные сопутствующие заболевания, которые были разделены на следующие группы: острые и хронические инфекции, инфекционно-аллергические заболевания, эндокринные и соматические заболевания, неврологические расстройства.

Данные собирались с помощью специально разработанной анкеты, после чего заносились в электронную базу. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с помощью модулей программ Microsoft Excel 2003 и SPSS 17.0 для Windows. Проверка статистической значимости полученных различий проводилась с помощью дисперсионного анализа ANOVA. Также использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок в тех случаях, когда переменные подчинялись закону нормального распределения. Помимо этого использовались методы описательной статистики, в том числе таблицы сопряженности. Полученные в них данные анализировались с помощью критерия χ^2 Пирсона.

Результаты

Были проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 93 пациентов (642 аффективных приступа). Из них 38 мужчин (41 %) и 55 женщин (59 %)

Средняя длительность заболевания составила 12,7 года. Средний возраст дебюта заболевания — 29,5 года. Среднее количество перенесенных приступов составило 6,9 на одного человека.

Анамнестические данные по общей заболеваемости среди пациентов исследуемой группы представлены в диаграмме № 1.

Самой обширной группой заболеваний оказались неврологические расстройства (49,4 %). Так только сопутствующий диагноз резидуального органического поражения головного мозга имели 16

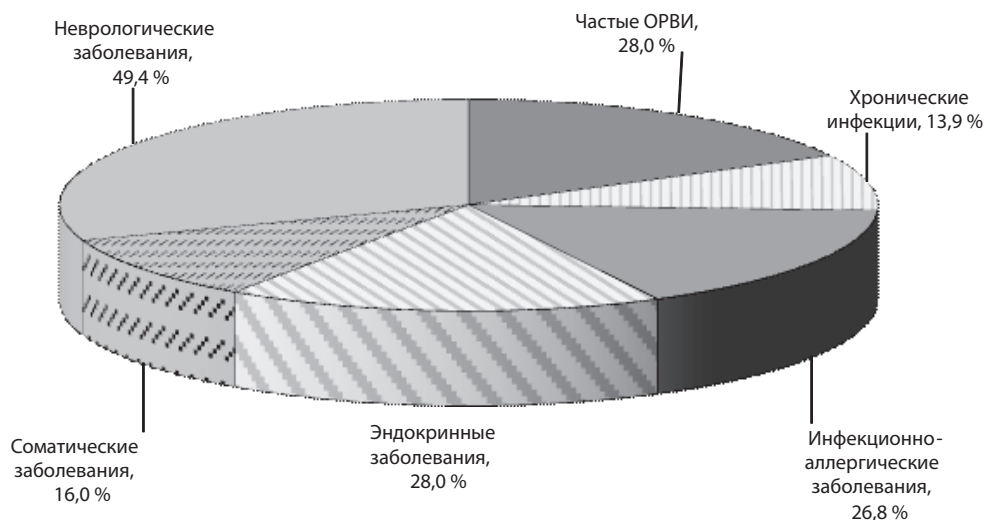


Диаграмма № 1. Общая заболеваемость среди пациентов, страдающих аффективными расстройствами

пациентов, а установленный диагноз энцефалопатии — 17 человек.

Как видно из диаграммы, одинаково часто встречались острые респираторно-вирусные инфекции, эндокринные и инфекционно-аллергические заболевания (по 28 %). Хронические инфекции встречались в 2 раза реже, и среди них чаще других — вирусный гепатит (6 человек). Почти у половины больных с эндокринной патологией диагностирован гипотиреоз, а инфекционно-аллергические заболевания представлены хроническим тонзиллитом.

Соматические заболевания встречались практически у всех пациентов, однако для оценки влияния соматической патологии на клиническую картину и течение аффективного психоза мы выбрали случаи, где одновременно встречались от 3 и более соматических заболеваний. Всего включено 15 человек (16 %). Часто встречаемой патологией являлась ИБС (10 человек или 17 %). Заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хр. гастрит, холецистит, ЖКБ) встречались у 10 человек (17 %). Респираторные заболевания (хр. бронхит, эмфизема легких, хр. фарингит, бронхоэктатическая болезнь) наблюдались у 8 человек (13,5 %). Доброкачественные опухоли встречались у 7 пациентов (12 %).

С целью изучения влияния сопутствующих заболеваний на течение БАР была проанализирована продолжительность всех приступов, ремиссий и циклов у пациентов. Под циклом рассматривался период, включающий в себя не только сам приступ, но и следующую за ним ремиссию (Л.М. Шмаонова [9]). Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика средней продолжительности аффективного приступа и ремиссии при наличии и отсутствии соматической патологии

Группы заболеваний в анамнезе		Продолжительность (дни)	
		приступ	ремиссия
Частые ОРВИ	наличие	94	562
	отсутствие	104	608
Хронические инфекции	наличие	89	413*
	отсутствие	101	594
Инфекционно-аллергические заболевания	наличие	98	602
	отсутствие	104	550
Эндокринные заболевания	наличие	112	748
	отсутствие	94	851
Соматические заболевания	наличие	105	387*
	отсутствие	98	623
Неврологические заболевания	наличие	99	476*
	отсутствие	103	721
Среднее значение		100	567

* Статистически значимые изменения $p < 0,001$.

Как видно из табл. 1, влияния каких-либо сопутствующих заболеваний на продолжительность аффективного приступа выявлено не было. Наблюдалась существенная разница в длительности ремиссий при наличии в анамнезе хронических инфекций, соматических и неврологических заболеваний. Выявлено статистически значимое влияние хронических инфекционных заболеваний (сифилис, туберкулез, вирусный гепатит) на длительность последующей ремиссии. Так, при наличии в анамнезе пациента указаний на перенесенные ранее хронические инфекционные заболевания, длительность ремиссий составила 413 дней, а при их отсутствии они были длиннее и составили 594 дня.

Обнаружены статистически значимые данные о влиянии соматических заболеваний на длительность ремиссии. Когда в анамнезе наблюдалась соматическая патология (больные имели от 3 и более соматических заболеваний одновременно), длительность ремиссии заметно укорачивалась по сравнению с обычной. При отсутствии соматических заболеваний средняя длительность ремиссии у пациентов составляла 623 дня. При наличии у пациентов 3 и более соматических болезней длительность ремиссии составляла всего 387 дней. Таким образом, можно говорить об укорочении ремиссии в среднем на 236 дней, у пациентов чаще наблюдались обострения психоза, и течение основного заболевания становилось менее благоприятным.

Продолжительность ремиссии при наличии сопутствующей неврологической патологии укорачивалась в среднем на 245 дней (с 721 до 476) по сравнению с группой пациентов, не имевших таковой патологии. Полученные данные статистически значимы.

Изучалось влияние сопутствующих заболеваний на клиническую картину приступов БАР. С этой целью проводилась оценка остроты (быстроты) развития приступа, типа аффекта (депрессия — мания), а также наличия гетерогенной симптоматики (уровня аффективного расстройства). Данные по остроте развития представлены в диаграмме № 2.

Острое развитие текущего аффективного приступа происходило на фоне сопутствующих инфекционно-аллергических и соматических заболеваний. В тех случаях, когда в анамнезе присутствовали инфекционно-аллергические заболевания, острое развитие приступа наблюдалось в 44,2 %, а при их отсутствии острое развитие приступов было в 29,8 % случаев. При наличии в анамнезе 3 и более соматических заболеваний острое развитие приступа наблюдалось в 48,6 % случаев, а при их отсутствии только в 30 %.

Сопутствующие заболевания не оказывали влияния на тип аффекта, то есть маниакальные и депрессивные приступы развивались с примерно одинаковой частотой. При сопутствующей неврологической патологии чаще развивались депрессивные эпизоды, они встречались в 53,0 % случаев, а при их отсутствии — в 34,3 %.

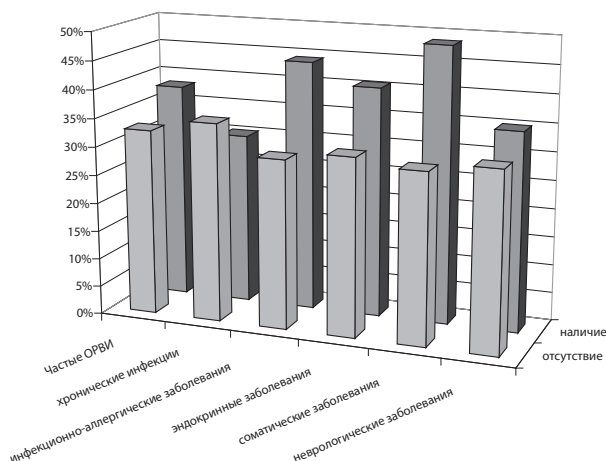


Диаграмма № 2. Сравнительная характеристика остроты развития приступа в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний

Также часто переносимые пациентами острые респираторно-вирусные инфекции, наличие в анамнезе инфекционно-аллергических и соматических заболеваний приводили к увеличению числа смешанных эпизодов. Так, при острых инфекциях смешанные приступы развивались в два раза чаще (5,6 % случаев при частых ОРВИ и 2,8 % при нечастых простудных заболеваниях). При наличии инфекционно-аллергических заболеваний в анамнезе смешанные приступы развивались в 6 % случаев, а при их отсутствии только в 2,7 %. Смешанные приступы при наличии соматических заболеваний в анамнезе встречались в 8,2 % случаев, то есть в 3 раза чаще, чем при их отсутствии.

При изучении влияния хронических инфекционных заболеваний было выявлено, что они чаще способствовали развитию тревожных приступов. При наличии хронических инфекционных заболеваний тревожные приступы развивались в 2,5

раза чаще, чем при их отсутствии (8,3 % случаев против 3,3 % соответственно).

Данные по анализу влияния сопутствующей патологии на симптоматику аффективного приступа представлены в табл. № 2.

На уровень приступа оказывали влияние сопутствующие хронические инфекционные, эндокринные и неврологические заболевания.

Наличие хронических инфекционных заболеваний увеличивало частоту появления аффективно-бредовых приступов (с 24,1 % до 39,6 %) за счет уменьшения количества приступов аффективного уровня (с 71,8 % до 56,3 %). Сходное, но менее выраженное влияние оказывали и хронические соматические заболевания, такие как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, пиелонефрит и пр.

Наличие эндокринных заболеваний приводило к увеличению частоты приступов аффективного уровня (с 71,8 % до 85,0 %) за счет уменьшения частоты аффективно-бредовых приступов (с 24,1 % до 13,5 %) и особенно приступов с нарушением сознания (до 1,4 % при среднем 4,0 %).

Сопутствующая неврологическая патология приводила к увеличению количества аффективно-бредовых приступов, которые наблюдались в 28,5 %. В то же время несколько чаще развивались приступы нарушенного сознания, их доля составила 6 %.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают данные мировой литературы о необходимости рассмотрения аффективных психозов вместе с сопутствующей эндокринной [15], неврологической и соматической [13] патологией. Перенесенные больными ранее различные инфекционные, соматические и неврологические заболевания создают «специфическую почву», на которой предстоит развиваться эндогенному заболеванию, повышая тем самым реактивность организма и способствуя

Таблица 2. Сравнительная характеристика влияния сопутствующих заболеваний на клиническую картину аффективного психоза

Группы заболеваний в анамнезе		Уровень приступа		
		аффективный, %	аффективно-бредовый, %	нарушенного сознания, %
Частые ОРВИ	наличие	64,8	30,0	5,2
	отсутствие	74,6	21,8	3,6
Хр. инфекции	наличие	56,3	39,6	4,2
	отсутствие	74,5	21,4	4,0
Инфекционно-аллергические заболевания	наличие	71,9	22,6	5,5
	отсутствие	71,8	24,8	3,4
Эндокринные заболевания	наличие	85,0	13,5	1,4
	отсутствие	65,5	29,2	5,3
Соматические заболевания	наличие	65,1	30,8	4,1
	отсутствие	73,8	22,2	4,0
Неврологические заболевания	наличие	68,7	28,5	2,9
	отсутствие	76,1	17,9	6,0
Среднее		71,8	24,1	4,0

возникновению неполноценных адаптационных механизмов. Таким образом, «почва» становится не просто сопутствующим фактором, а основой психоза, от которой будет зависеть его дальнейшее течение и динамика.

Сопутствующие заболевания оказывают влияние на течение БАР. Хронические заболевания (инфекционные, соматические и неврологические) приводят к укорочению ремиссий и цикла, тем самым способствуя неблагоприятному течению заболевания.

Наличие неврологических заболеваний способствует более частому развитию депрессивных приступов. Частые ОРВИ, инфекционно-аллергические и соматические заболевания, сопутствующие БАР, приводят к появлению «недифференцированных» смешанных аффективных приступов. Такие приступы зачастую хуже диагностируются, и учет влияния сопутствующей патологии мог бы способствовать их верному распознаванию.

Такая сопутствующая патология, как хронические инфекции и неврологические заболевания,

оказывали существенное влияние на уровень развивающегося приступа, как правило, приводя к возникновению сложных аффективно-бредовых приступов. Привнося в клиническую картину не типичные для течения аффективного психоза элементы, они создавали депрессивно-параноидные, маниакально-параноидные и галлюцинаторно-параноидные картины заболевания.

Выводы

Наличие сопутствующей патологии оказывает влияние на течение биполярного аффективного расстройства, приводит к укорочению ремиссий и в целом — менее благоприятному течению заболевания. Происходит изменение и клинической картины приступа, она становится менее типичной, с привнесением гетерогенной симптоматики. Учет этих изменений может способствовать оптимизации диагностической и лечебной тактики при работе с этим контингентом больных, помочь более точной оценке прогноза развития заболевания.

Литература

1. Корсаков С.С. Избранные произведения. — М., Медгиз. — 1954. — 771 с.
2. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология // К. Леонгард под ред. Г. Бекмана, перевод с нем. под ред. А.С. Тиганова. — М., Практическая медицина. — 2010. — 456 с.
3. Морозова Т.Н., Шумский Н.Г. Эндогенные депрессии и внешние факторы // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Том 63, выпуск 10, 1963. С. 1515–1520.
4. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. — М.: МЕДпресс-информ. — 2008. — 384 с.
5. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. — Л., Медицина. — 1988. — 264 с.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. с англ. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб, Адис. — 1994. — 300 с.
7. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Том 1. — М., Медицина. — 1999. — 712 с.
8. Точиллов В.А. Клиника, механизмы синдрома образования и терапия атипичных аффективных психозов: Диссертация на соискание степени доктора медицинских наук. — Л. — 1994. — 288 с.
9. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Хохлов Е.Н. Популяционные закономерности динамики приступов и ремиссий у больных эндогенными психозами // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. — Том 85. — С. 730–736.
10. Angst J. Perris C. Zur Nosology endogener Depressionen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. — 1968. — Vol. 210. — P. 373–386.
11. Kraepelin E. Psychiatrie. — Leipzig. — 1904.
12. Lala SV. Sajatovic M. Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with bipolar disorder: a literature review // Journal of geriatric psychiatry and neurology. — Littleton, Massachusetts. — 2012. — P. 20–25.
13. McIntyre RS. et al. Managing medical and psychiatric comorbidity in individuals with major depressive disorder and bipolar disorder // Annals of clinical psychiatry. — New York. — 2012. — P. 163–169.
14. Oreški I. et al. Co morbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences // Psychiatria Danubina. — Zagreb. — 2012. — P. 80–85.
15. Rao MG. et al. Hyperthyroidism presenting as mixed affective state: a case report. // General hospital psychiatry. — New York. — 2012. — P. 241–246.

Сведения об авторах

Кухилава Шорена Ревазовна — врач-психиатр 9-го отделения СПбГУЗ ГПНДС № 7. E-mail: kukhilava@mail.ru

Мучник Петр Юрьевич — старший лаборант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: peter-ne@yandex.ru

Точиллов Владимир Антонович — профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. E-mail: kpnam@yandex.ru