



В.В. Чугунов¹, Л.О. Васякіна²

Динаміка клініко-патопсихологічних розладів у хворих на пневмоконіоз залежно від стадії легеневої хвороби

¹Запорізький державний медичний університет,

²Комунальна лікувально-профілактична установа «Обласна клінічна лікарня профзахворювань»,
м. Донецьк

Ключові слова: пневмоконіоз, пилові бронхіти, психодіагностика, психопатологія, професійні захворювання.

Вирішено важливу наукову проблему вивчення та систематизації клініко-патопсихологічних порушень у хворих на пневмоконіоз. Виконано психодіагностичне обстеження хворих на легеневу патологію, серед яких 339 пацієнтів з пневмоконіозом і 53 з пиловими бронхітами, з метою вивчення емоційних, когнітивних і мнестических характеристик контингентів. Проведено кореляцію виявлених порушень відповідно до легеневого захворювання та його стадії.

Динамика клинико-патопсихологических расстройств у больных пневмоконниозом в зависимости от стадии легочной болезни

В.В. Чугунов, Л.А. Васякина

Решена важная научная проблема изучения и систематизации клинико-патопсихологических нарушений у больных пневмоконниозом. Проведено психодиагностическое обследование больных легочной патологией, среди которых 339 пациентов с пневмоконниозом и 53 с пылевыми бронхитами, с целью изучения эмоциональных, когнитивных и мнестических характеристик контингентов. Проведена корреляция обнаруженных нарушений согласно легочного заболевания и его стадии.

Ключевые слова: пневмоконниоз, пылевые бронхиты, психодиагностика, психопатология, профессиональные заболевания.

Dynamics of clinical-pathopsychological disorders in patients with pneumoconiosis in dependence on the stage of pulmonary disease

V.V. Chugunov, L.A. Vasyakina

An important scientific problem of the of studying and systematisation clinical-pathopsychological disorders in patients with pneumoconiosis was solved. Conducted psychodiagnostic examination of pulmonary pathology, including 339 patients with pneumoconiosis, 53 people - dust bronchitis, to explore the emotional, cognitive and mnemonic characteristics contingents. the correlation of educed violations with in accordance of pulmonary disease and its stages was conducted.

Key words: pneumoconiosis, dust bronchitis, psychodiagnostic, psychopathology, professional diseases.

Пневмоконіози (ПнК) поряд з професійно зумовленими, хронічними обструктивними захворюваннями легенів продовжують домінувати серед професійних захворювань у вугледобувній, гірничорудній і металургійній галузях, де зберігаються несприятливі умови праці, що комплексно впливають на організм працівника і посідають одне з провідних місць у структурі професійних хвороб [1,2,5].

Соматичні порушення, що розвиваються при ПнК, завжди виступають на перший план, проте їх незмінно супроводжують психічні розлади, що закономірно виникають.

Значущість проблеми психічних розладів у хворих з соматичною патологією, в тому числі з захворюваннями органів дихання, з кожним роком зростає. Результати численних досліджень свідчать про високу частоту (50–60%) і значну вираженість психічних розладів у соматичних хворих [5–8].

Найважливішим, на думку багатьох фахівців, стає завдання активного раннього виявлення таких розладів і донозологічних, преневротічних станів, що дозволяють своєчасно вжити комплекс лікувальних і соціально-профілактичних заходів [3,5].

Однак питання виявлення коморбідних пневмоконіозу психічних розладів ускладнюється відсутністю критеріїв діагностики, особливо скринінгової, через брак вичерпних і систематизованих уявлень про порушення в когні-

тивній, мнестичній, психоемоційній і інших психічних сферах пацієнтів, які страждають на ПнК, у тому числі, в рамках клініко-патопсихологічної картини хвороби.

Отже, психодіагностика хворих на пневмоконіоз набуває особливого значення у рамках високої медичної і соціальної значущості проблеми діагностики, лікування та профілактики психічних розладів, що коморбідні легеневій патології.

Мета роботи

На основі психодіагностичного дослідження дати медико-психологічну характеристику патопсихологічних проявів у хворих на ПнК.

Пацієнти і методи дослідження

Дослідження виконано протягом 2008–2012 рр. на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ ОКЛПЗ. У рамках дослідження обстежені 397 чоловіків. До клінічної групи увійшло 339 хворих на ПнК у віці від 38 до 62 років. Серед них підгрупу з першою стадією захворювання (підгрупа 1.1) склали 222 чоловіка, з другою стадією (підгрупа 1.2) – 157 осіб, з третьою стадією хвороби (підгрупа 1.3) – 27 хворих.

Групу спостереження склали 53 хворих, які страждають на пилові бронхіти (ПлБ). Серед них підгрупу пацієнтів з початковими виявами захворювання (підгрупа 2.1) склали 18 осіб, з середнім ступенем важкості (підгрупа 2.2) – 20 осіб, з важким перебігом (підгрупа 2.3) – 15 осіб.

Для досягнення поставленої мети виконували психодіагностичне обстеження (за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (2001), зокрема для вивчення рівня реактивної і особистісної тривожності, шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS, Hamilton M., 1967) з метою виявлення тяжкості депресивних станів, а також методики «Міні-шкала дослідження психічного стану» (Mini-Mental State Examination, MMSE, 1975), що використовується для визначення вираженості змін когнітивних функцій). Використано методи клінічної та описової статистики.

Результати та їх обговорення

Психодіагностичне дослідження дозволило отримати наступні дані. Розподіл результатів обстеження за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна наведено нижче.

У діаграмній проекції середні показники рівня тривожності залежно від стадії легеневої хвороби клінічної групи та групи спостереження наведено на *рис. 1*.

Рівень тривожності групи I був середнім і дорівнював $33 \pm 0,32$ бали для реактивної та $34 \pm 0,51$ бали для особистісної тривожності; проте відзначено певні відмінності залежно від підгрупи. Так, серед обстежених підгрупи 1.1 спостерігали у середньому низький рівень реактивної тривожності, що дорівнював $28 \pm 0,43$ балам; серед обстежених цієї підгрупи у 67,57% визначено низький рівень тривожності, у 32,43% – середній. Серед обстежених підгрупи 1.2 відзначали у середньому середній рівень реактивної тривожності, що дорівнював $32 \pm 0,28$ балам; серед обстежених цієї підгрупи визначено низький рівень тривожності у 28,66%, у 63,69% – середній, у 7,65% – високий. Серед обстежених підгрупи 1.3 відзначали у середньому середній рівень реактивної тривожності, що дорівнював $40 \pm 0,28$ балам; серед обстежених цієї підгрупи у 25,92% спостерігали низький рівень тривожності, у 66,66% – середній, у 7,42% – високий.

Рівень особистісної тривожності серед обстежених підгрупи 1.1 у середньому був низьким, дорівнюючи $22 \pm 0,43$ балам; серед обстежених цієї підгрупи у 83,33% визначено низький рівень особистісної тривожності, у 16,67% – середній. Серед обстежених підгрупи 1.2 відзначали у середньому середній рівень особистісної тривожності, що дорівнював $36 \pm 0,32$ балам, серед об-

стежених цієї підгрупи у 28,66% спостерігали низький рівень тривожності, у 64,96% – середній, у 6,38% – високий. Серед обстежених підгрупи 1.3 у середньому визначено середній рівень особистісної тривожності, що дорівнював $44 \pm 0,58$ балам, серед обстежених цієї підгрупи у 7,40% спостерігали низький рівень тривожності, у 53,72% – середній, у 38,88% – високий.

Рівень тривоги був високим у всіх підгрупах групи спостереження і дорівнював у середньому $53 \pm 0,48$ балам для реактивної та $62 \pm 0,38$ для особистісної тривожності.

При цьому рівень реактивної тривожності серед обстежених підгрупи 2.1 дорівнював $52 \pm 0,51$ балам; серед обстежених цієї підгрупи у 27,27% спостерігали низький рівень реактивної тривожності, у 39,44% – середній, у 33,33% – високий. Серед обстежених підгрупи 2.2 відзначали рівень реактивної тривожності, що у середньому дорівнював $64 \pm 0,36$ балам, серед обстежених цієї підгрупи у 15,00% спостерігали низький рівень тривожності, у 30,00% – середній, у 55,00% – високий. Серед обстежених підгрупи 2.3 у середньому відзначали середній рівень реактивної тривожності, що дорівнював $43 \pm 0,28$ балам, серед обстежених цієї підгрупи у 26,66% визначено низький рівень тривожності, у 40,01% – середній, у 33,33% – високий.

Рівень особистісної тривожності серед обстежених підгрупи 2.1 дорівнював $45 \pm 0,54$ балам; серед обстежених цієї підгрупи у 27,77% спостерігали низький рівень особистісної тривожності, у 50,01% – середній, у 22,22% – високий. Серед обстежених підгрупи 2.2 визначено рівень особистісної тривожності, що дорівнював у середньому $66 \pm 0,43$ балам, серед обстежених цієї підгрупи у 10,0% визначено низький рівень тривожності, у 40,0% – середній, у 50,0% – високий. Серед обстежених підгрупи 2.3 відзначено середній рівень особистісної тривожності, що дорівнював $76 \pm 0,29$ балам, серед обстежених цієї підгрупи у 13,33% спостерігали низький рівень тривожності, у 66,66% – середній, у 20,01% – високий.

Це свідчить про меншу схильність до тривожних станів у хворих з ПнК порівняно з хворими на ПЛБ та зростання рівня тривожності залежно від стадії легеневої хвороби.

Розподіл результатів обстеження контингентів за шкалою Гамільтона для оцінки депресії надано у діаграмній проекції на *рис. 2*.

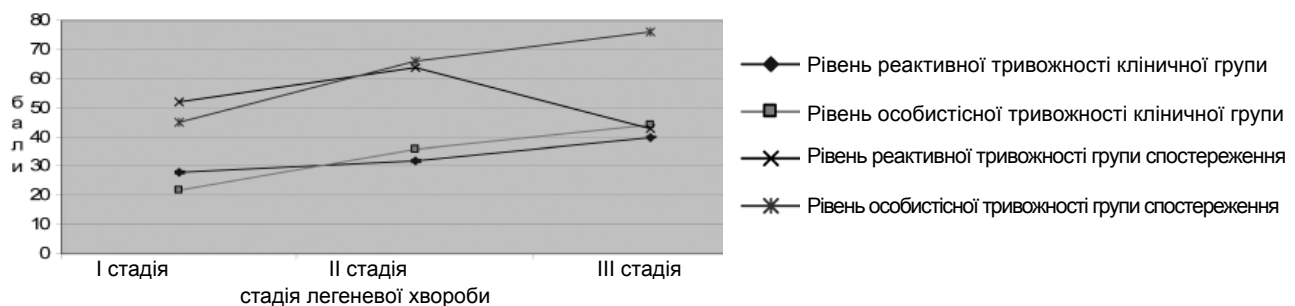


Рис. 1. Середні показники рівня тривожності у групах залежно від стадії легеневої хвороби.

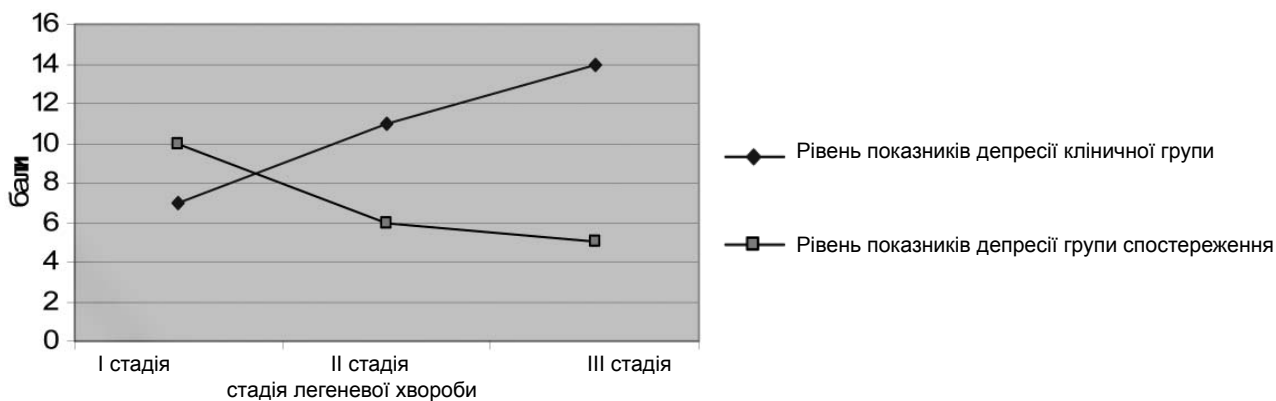


Рис. 2. Середні показники рівня депресії по групах залежно від стадії легеневої хвороби.

У клінічній групі середні показники депресії становили $12 \pm 0,46$ бали. При цьому у підгрупі 1.1 середній рівень показників становив $7 \pm 0,35$ бали; у 68,47% обстежених прояви депресії відсутні, у 31,53% обстежених відзначено малий депресивний епізод. Для підгрупи 1.2 середній рівень показників становив $11 \pm 0,35$ балів; у 13,39% обстежених прояви депресії відсутні, у 54,77% досягали рівня малого депресивного епізоду, у 31,84% – великого депресивного епізоду. Для підгрупи 1.3 середній рівень показників становив $14 \pm 0,35$ балів; прояви депресії відсутні у 55,55% обстежених, у 11,12% визначено малий депресивний епізод, у 33,33% – великий депресивний епізод.

Привертає увагу проградієнтність зростання кількості визначення зниженого настрою залежно від стадії ПнК, проте рівень зниженого настрою лише у групі 1.2 у 28,66% обстежених збігався з розладами адаптації, тоді як у решти обстежених другої та третьої стадії ПнК мав органічно зумовлений характер і в групі 1.3 корелював з вираженістю когнітивних розладів.

У групі спостереження середній рівень показників наявності депресивних розладів становив $7 \pm 0,46$ бали. У підгрупі 2.1 середній рівень показників становив $10 \pm 0,39$ балів; у 27,77% обстежених прояви депресії відсутні, у 72,23% досягали рівня малого депресивного епізоду. У підгрупі 2.2 середній рівень показників був у межах $6 \pm 0,35$ балів; у 60,0% обстежених прояви депресії відсутні, у 40,0% досягали рівня малого депресивного

епізоду. У підгрупі 2.3 середній рівень показників складав $5 \pm 0,35$ бали; у 71,37% обстежених прояви депресії відсутні, у 28,66% досягали рівня малого депресивного епізоду. Отже, найбільші прояви депресії діагностували у групі 2.1 у рамках реакції адаптації, що свідчить про психогенний характер зниженого настрою у хворих на ПЛБ.

При застосуванні методики «Міні-шкала дослідження психічного стану» встановлено, що у клінічній групі порушення когнітивних функцій виявляли у 58,99% осіб клінічної групи; відзначено також проградієнтне зростання виявлень порушень когнітивних функцій залежно від стадії ПнК. Так, у підгрупі 1.1 наявність порушень когнітивних функцій визначено у 6,75%, у підгрупі 1.2 – у 25,47%, у підгрупі 1.3 – у 37,03%, що збігається з даними психопатологічного обстеження.

Середні показники стану когнітивних функцій по групам наведено на рис. 3.

Середній рівень показників стану когнітивних функцій у клінічній групі складав $22 \pm 0,46$ балів. У підгрупі 1.1 середній рівень показників стану когнітивних функцій становив $28 \pm 0,26$ балів; у 93,25% не виявлено порушення когнітивних функцій, у 6,75% вони були на рівні предметних когнітивних порушень. У підгрупі 1.2 середній рівень показників стану когнітивних функцій становив $26 \pm 0,46$ балів; у 74,53% когнітивні порушення не виявлено, у 19,11% виявлено предметні когнітивні порушення, у 6,36% – деменцію легкого ступеня. У підгрупі 1.3 середній рівень показників стану когнітивних

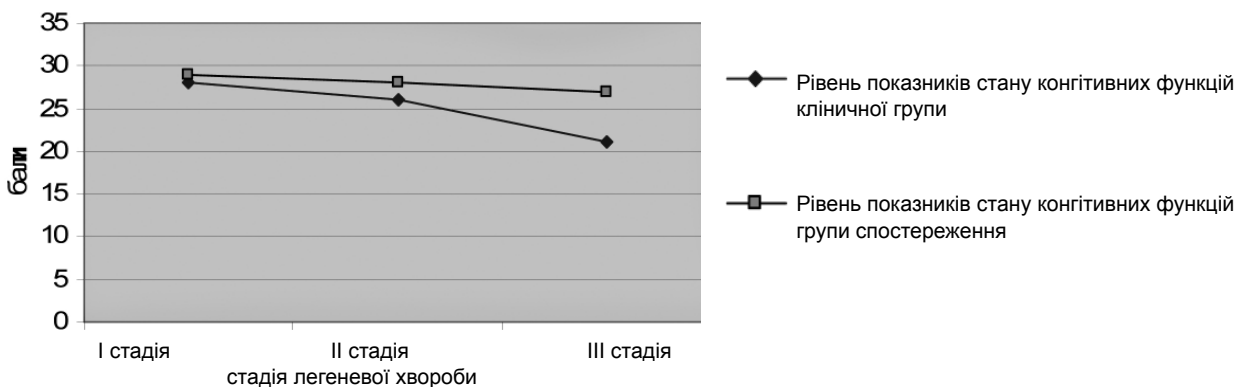


Рис. 3. Середні показники оцінки стану когнітивних функцій по групах залежно від стадії легеневої хвороби.

функцій становив $21 \pm 0,34$ бали; у 62,97% когнітивні порушення не визначено, у 18,51% виявлено преддементні когнітивні порушення, у 11,11% – деменцію легкого ступеня, у 7,41% – деменцію помірного ступеня вираженості.

Привертає увагу проградієнтне зростання когнітивних порушень залежно від стадії ПнК, що свідчить про зростаюче ураження головного мозку внаслідок гіпоксії. Про когнітивні порушення перш за все органічного та судинного генезу вказувало зниження пам'яті, особливо фіксаційної та короткострокової, на фоні збереження достатньо високого рівня знань з побутових питань і подій минулого, флуктуація когнітивних розладів залежно від переваги та соматичного погіршення та порушення праксису при когнітивному зниженні більшого ступеня вираженості.

У групі спостереження середній рівень показників стану когнітивних функцій складав $28 \pm 0,46$ балів і відзначався на рівні відсутності когнітивних порушень у всіх обстежених хворих підгруп 2.1 ($29 \pm 0,36$ балів) та 2.2 ($28 \pm 0,58$ балів). У підгрупі 2.3 середній рівень показників стану когнітивних функцій становив $27 \pm 0,34$ балів; у 46,66% когнітивні порушення не виявлено, у 53,34% визначено преддементні когнітивні порушення. Це вказує на достовірно ($p < 0,05$) більшу частоту визначення та рівень тяжкості когнітивних порушень у клінічній групі порівняно з групою спостереження.

Висновки

У результаті роботи виконано психодіагностичне дослідження хворих на пневмококіоз і встановлено патопсихологічні особливості цього контингенту.

Аналіз результатів за методикою діагностики самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна виявив, що емоційний стан пацієнтів з ПнК характеризується відсутністю надмірно виражених ознак тривоги; як реактивна, так і ситуативна тривога була достовірно ($p < 0,001$) менше властива клінічній групі, порівняно з даними обстежених з ПЛБ. Показники клінічної групи залишались у середніх межах як для реактивної ($33 \pm 0,32$), так і для ситуативної ($34 \pm 0,51$) тривоги.

Визначено проградієнтне зростання рівня ситуативної та реактивної тривожності залежно від стадії ПнК, починаючи з низьких показників. Так, середній показник реактивної тривоги становив $28 \pm 0,43$ у групі 1.1; $32 \pm 0,28$ – у групі 1.2; $40 \pm 0,28$ – у групі 1.3; середній показник особистісної тривоги становив $22 \pm 0,43$ в групі 1.1, $36 \pm 0,32$ у групі 1.2 та $44 \pm 0,58$ у групі 1.3.

Особистісна тривога перевищувала рівень ситуативної тривоги на всіх стадіях ПнК, при цьому особистісний компонент тривоги починав формуватись на другій стадії ПнК, що корелює з початком змін особистості хворих, викликаних гіпоксією головного мозку та нозогенними

реакціями на хворобу та зміною соціального стану, виступаючи базою для зростання реактивної тривожності. Так, рівень реактивної тривожності збільшувався починаючи з другої стадії ПнК прямопропорційно збільшенню як рівня особистісної тривожності, змінам особистості, що викликали конфлікти з оточуючими, що стало додатковим чинником невротизації, зовнішніми провокуючими чинниками, так і погіршенню соматичного самопочуття через прогресування ПнК.

Обидва варіанти тривожності – реактивна та особистісна – були високого рівня у групі спостереження не залежно від підгрупи, при цьому рівень особистісної тривожності був достовірно нижчим за рівень реактивної тривожності у підгрупі 2.1 та достовірно перевищував рівень реактивної тривожності у підгрупах 2.2 та 2.3, що свідчить про зміну патогенетичного фактора у психопатогенезі тривоги при ПЛБ залежно від стадії хвороби.

Встановлено, що у клінічній групі рівень депресії за результатами обстеження контингентів за шкалою Гамільтона був достовірно вище ($12 \pm 0,46$), порівняно з групою спостереження ($7 \pm 0,54$, $p < 0,001$), спостерігали відмінності й у динаміці зниження настрою залежно від стадії легеневого захворювання. Так, у контрольній групі рівень депресії проградієнтно збільшувався залежно від стадії ПнК (середній рівень показників наявності депресивних розладів у підгрупі 1.1 становив $7 \pm 0,35$ балів, у підгрупі 1.2 – $11 \pm 0,35$ балів, у підгрупі 1.3 – $14 \pm 0,35$ балів), що, корелюючи з когнітивними розладами, свідчить про органічно зумовлений характер зниженого настрою у хворих на ПнК і зростаючий вплив соматичних провокуючих чинників.

У групі спостереження середній рівень депресії був найбільшим у групі 2.1 – на першій стадії ПЛБ (підгрупа 2.1 – $10 \pm 0,39$) та зменшувався зворотнопропорційно розвитку легеневого захворювання (підгрупа 2.2 – $6 \pm 0,35$ балів, підгрупа 2.3 – $5 \pm 0,35$ балів), що корелювало з клінічним діагнозом реакції адаптації і свідчить про ситуативно зумовлений генез зниження настрою у хворих на ПЛБ.

При застосуванні методики «Міні-шкала дослідження психічного стану», виявлено, що у клінічній групі рівень когнітивних порушень був достовірно вищим ($p < 0,001$, $22 \pm 0,46$ балів) порівняно з групою спостереження ($27 \pm 0,46$ балів), де не перевищував рівня преддементних порушень на всіх стадіях легеневого захворювання та траплявся достовірно частіше ($p < 0,05$) у групі 1 (58,99%) порівняно з групою 2 (15,09%). При цьому у клінічній групі спостерігали проградієнтне зростання когнітивних розладів залежно від стадії ПнК, відзначаючи на третій стадії ПнК вже у 37,03%, у 18,52% з них досягаючи рівня деменції помірного та легкого ступеня вираженості.

Список літератури

1. Басанец А.В. Особенности функциональных нарушений бронхолегочной системы у рабочих угольной промышленности / Басанец А.В., Остапенко Т.А. // Укр. журн. з проблем медицини праці. – 2005. – №1. – С. 12–15.
2. Измеров Н.Ф. Стресс на производстве как важная составляющая проблемы психического здоровья в обществе / Н.Ф. Измеров, Т.Д. Лапенская, В.В. Матюхин // Рос. психиатрический журн. – 2005. – №2. – С. 10–14.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов / Б.Д.

- Карвасарский. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
4. Положий Б.С. Социокультуральная и клиническая характеристики больных пограничными психическими расстройствами / Б.С. Положий, А.Д. Посвянская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – №3. – С. 61–65.
 5. Чуркин А.А. Психическое здоровье населения России в 1985 – 1995 гг. / Чуркин А.А. // Российский психиатрический журнал. – 1997. – №1. – С. 53–58.
 6. Casey D.E. Striking a balance between safety and efficacy: experience with the SSRI / D.E. Casey // Intern. Clin. Psychopharmacol. – 1994. – Vol. 9. – Suppl. 3. – P. 5–12.
 7. Desjarlais R. World mental health: problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good et al. – NY.: Oxford university press, 1995. – 156 p.
 8. Greenberg P.E. Depression: a neglected major illness / P.E. Greenberg, L.E. Stiglin, S.N. Finkelstein // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54. – P. 405–418.
-

Відомості про авторів:

Чугунов В.В., д. мед. н., професор, зав. каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ.
Васякіна Л.О., к. мед. н., зав. 3 терапевтичним відділенням КЛПУ ОКЛПЗ.

Надійшла в редакцію 23.01.2013 р.