

Clinicopsychopathological peculiarities of somatoform vegetative dysfunction of heart and cardiovascular system (F 45.30) in young patients

Kharkiv State Medical University
(Kharkiv)

The results of research of psychopathological symptoms in 121 patients with somatoform vegetative dysfunction are presented.

It's shown that the syndromological structure of psychopathological infringements is represented by asthenic syndrome with syndrome of irritable weakness ($41,32 \pm 0,39 \%$, $p < 0,05$), asthenic syndrome with hypersthenia ($12,40 \pm 0,18 \%$, $p < 0,05$), asthenic syndrome with hyposthenia ($9,09 \pm 0,13 \%$, $p < 0,05$), anxious-depressive ($23,14 \pm 0,29 \%$, $p < 0,05$) and astheno-depressive ($14,05 \pm 0,20 \%$, $p < 0,05$) syndroms.

Emotional disorders — emotional lability ($96,7 \pm 3,2 \%$, $p < 0,05$), irritability ($95,0 \pm 3,9 \%$, $p < 0,05$), explosivity explosive-ness ($85,1 \pm 6,3 \%$, $p < 0,05$), anxiety ($95,0 \pm 3,9 \%$, $p < 0,05$), hypothyria ($75,2 \pm 7,7 \%$, $p < 0,05$), disorders of effector-will sphere — asthenia, that was found in $86,8 \pm 6,0 \%$ ($p < 0,05$) examinees, related to it hypodynamia ($87,6 \pm 5,9 \%$, $p < 0,05$) and cognitive disorders (non-psychotic disorders of memory, attention, thinking and perception) were the most prominent groups of psychopathological symptoms. The latter ones owing to their importance for students have critical impact on forming of clinical presentation of somatoform disorders in youth.

УДК 616.839:616.891-036

О. А. Филатова, канд. мед. наук, ассистент каф. сексологии и мед. психологии

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ПРИНЦИПЫ НЕВЕРБАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ

Термин «хроническая головная боль», по данным ряда исследователей [1, 2], объединяет несколько типов первичной головной боли, возникающей ежедневно или до трех раз в неделю на протяжении более года.

Основными разновидностями хронической головной боли (ХГБ) являются трансформированная мигрень, хроническая головная боль мышечного напряжения и психалгия [2].

В связи с личностными особенностями лиц, страдающих сурдомутизмом, а также известными нарушениями в функционировании их неврологической сферы (в частности, вестибулярного аппарата) [3], течение ХГБ у них имеет некоторые специфические особенности.

Нами было обследовано 60 больных сурдомутизмом, страдающих ХГБ, в возрасте от 25 до 60 лет.

Соотношение 3-х вариантов ХГБ у исследованного контингента больных представлено в таблице 1.

Таблица 1

Вид ХГБ	Мужчины		Женщины	
	абс. число	%	абс. число	%
Трансформированная мигрень	7	12 ± 4	23	38 ± 6
ХГБ мышечного напряжения	16	27 ± 6	4	7 ± 3
Психалгия	2	3 ± 2	8	13 ± 4

У всех пациентов ХГБ наблюдалась свыше 1 года, отмечалась ежедневно или с частотой не реже 3-х раз в неделю. Длительность приступа была не менее 4-х часов и боль не прекращалась самостоятельно. При подборе больных для исследования исключались пациенты, перенесшие черепно-мозговые травмы, страдающие хроническим алкоголизмом или токсикоманией, эпилептическими припадками, имеющие в анамнезе психотические эпизоды. Все пациенты

наблюдались у невропатолога в специальной поликлинике и были обследованы инструментальными методами (ЭЭГ, ЭхоЭГ, ЯМР-исследование) для исключения объемных процессов мозга и прочей органической патологии.

Целью нашего исследования было установление у пациентов с сурдомутизмом преобладающей разновидности ХГБ, описание течения приступов ХГБ и разработка немедикаментозных методов лечения и профилактики данного вида болей.

Как видно из таблицы 1, трансформированная мигрень наблюдалась в основном у пациенток-женщин. Ведущими жалобами были: пульсирующая головная боль по утрам, преимущественно в лобно-височно-глазной области, не достигающая, однако, силы болей при классической мигрени, подташнивание, сонливость, зевота, иногда — легкое головокружение. Приступ начинался сразу после пробуждения и длился 5—6 часов без нарастания боли и некоторых сопутствующих симптомов, характерных для классической мигрени (слезотечение из глаза на стороне боли, гиперосмия, рвота, набухание височной артерии). Прием нестероидных анальгетиков (цитрамон, седалгин) не прекращал приступа сразу, но значительно уменьшал боль. Пациенты обычно принимали эти и аналогичные им препараты 2—3-кратно, постепенно снижая болевые ощущения. Значительно уменьшало боль засыпание после приема седативных препаратов растительного происхождения (фитосед, флорисед), вследствие которого больные отмечали улучшение общего состояния, ясность в голове и т. д. После приступа трансформированной мигрени не отмечалось астении, полиурии, изменения окраски видимых кожных покровов. В целом они протекали легче, чем пароксизмы классической мигрени. Однако, учитывая её суточную периодичность, пациенты испытывали постепенное привыкание к приему «обезболивающей таблетки» в одни и те же часы и выработку условного «ожидания боли».

Исходя из данных литературы, трансформированная мигрень стала изучаться сравнительно недавно (последние 20—25 лет) [4], когда возникла клиническая необходимость дифференцировать её от классической формы мигрени и других видов головной боли. В генезе приступа трансформированной мигрени участвуют сосудистый и эндокринно-гуморальный механизмы. Сосудистые нарушения складываются из вазоконстрикции мозговых сосудов и незначительного (в отличие от классической мигрени) уменьшения мозгового кровотока, а затем вазодилатации экстракраниальных ветвей наружной сонной артерии. По данным инструментальных методов исследования, вазодилатация не является облигатной для трансформированной мигрени; у многих больных с самого начала развивается лишь локальная вазодилатация, что не ведет к тяжелым формам церебральной дисциркуляции.

Таким образом, можно говорить о том, что трансформированная мигрень по своей сути — условно-рефлекторная патологическая вазоконстрикция, возникающая в связи с искажением центральных адренергических влияний и сопровождающаяся гиперчувствительностью сосудистых рецепторов [5]. Однако в вопросе патогенеза трансформированной мигрени остается еще много невыясненного, в частности, удельный вес нервного фактора в развитии возникающих со строгой периодичностью приступов этого заболевания.

ХГБ мышечного напряжения отличалась, прежде всего, характером болевого ощущения. Это была монотонная, тупая, стягивающая, ноющая боль генерализованного характера. Начинаясь всегда со второй половины дня или вечером, после интенсивной физической нагрузки, сильного эмоционального напряжения; часто её провоцировали большие дозы кофе или алкогольных напитков, вынужденная депривация сна с необходимостью утренней работы. Кроме головной боли данная группа больных отмечала чувство общего физического напряжения, трудность засыпания, частые экстрасистолы (вероятно, нейро-рефлекторного происхождения).

Согласно данным ряда авторов [1, 4], боль мышечного напряжения возникает вследствие пролонгированного сокращения плечевых, шейных, лицевых или черепных мышц, воздействует на кровеносные сосуды, тем самым сокращая кровоток. Это, в свою

очередь, вызывает недостаток кислорода в мышечных тканях и аккумуляцию «болевызывающих токсинов» [6]. В результате нервы напряженных мышц подвергаются общей ирритации и передают это раздражение в мозг. Возникновение этих болей обычно связывают с вынужденным положением головы, чрезмерным напряжением челюстей, зрительным и физическим переутомлением.

При психалгиях жалобы пациентов отличались некоторой абстрактностью, расплывчатостью: «вся голова болит», «голова как стекло» и обилием сопутствующих невротических жалоб: «тяжело на душе», «вся голова раздражена», «мне все мешает». Она возникла на фоне постоянного эмоционального напряжения или как реакция на острый стресс, а также при предменструальном и климактерическом синдромах, как реакция на изменение метеофакторов (скорее, как ожидаемое ухудшение в связи с сообщением в газетах об изменении погоды, магнитных бурях и т. п.). Отмечалась чрезвычайная аффективная напряженность этих больных, двигательная скованность, «прислушивание» к своему телу. Головная боль в этой группе не была особенно интенсивной, однако могла по продолжительности превышать одни сутки, имела крайне мучительный характер из-за присутствия множественных ощущений сенестопатического типа («мурашки» на коже головы, «стягивание висков изнутри»).

С целью выработки адекватной системы психотерапевтической коррекции и принятия профилактических мер для предупреждения приступов ХГБ мы выяснили зависимость возникновения приступа боли от предрасполагающих факторов.

Как видно из таблицы 2, при трансформированной мигрени «пусковыми механизмами» были постстрессовая релаксация, наступающая в течение от получаса до суток после перенесенной психотравмирующей ситуации, метеофакторы (резкое падение атмосферного давления, осадки, пик жары в летние месяцы), предменструальный синдром, содержащий, кроме головной боли, устойчивый симптомокомплекс вегетативных и психоэмоциональных расстройств, употребление пищевых добавок, содержащих различные биоактивные вещества, оральные контрацептивы, а также, в меньшей степени — климактерические явления и длительное эмоциональное напряжение.

Таблица 2

Предрасполагающие факторы	Вид ХГБ					
	Трансформированная мигрень		ХГБ мышечного напряжения		Психалгия	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1. Физическая нагрузка	—	—	20	33 ± 6	—	—
2. Эмоциональная напряженность	4	7 ± 3	2	3 ± 2	10	17 ± 5
3. Острый стресс	—	—	—	—	10	17 ± 5
4. Постстрессовая релаксация	16	27 ± 6	—	—	—	—
5. Депривация сна	—	—	11	18 ± 5	6	10 ± 4
6. Метеофакторы	11	18 ± 5	—	—	4	7 ± 3
7. Пищевые добавки	10	17 ± 5	—	—	—	—
8. Тонизирующие средства	—	—	4	7 ± 3	2	3 ± 2
9. Спиртные напитки	—	—	6	10 ± 4	1	2 ± 2
10. Предменструальный синдром	18	30 ± 6	—	—	3	5 ± 3
11. Оральные контрацептивы	9	15 ± 5	—	—	—	—
12. Климактерический синдром	6	10 ± 4	—	—	4	7 ± 3

ХГБ м'язового напруження виникала, як правило, після інтенсивної фізичної навантаження, депривації сну, після вживання спиртних напоїв або тонізуючих засобів (кава, міцний чай і т. п.).

Третя різновидність ХГБ, психалгія, навпроти, мала в етіології переважно психоемоційні розлади: гострі, раптово виникаючі стреси (смерть близьких, втрата роботи, майна і т. д.), або тривалі психотравмуючі ситуації в різних сферах життя пацієнта. Також мали значення депривація сну, метеовпливи і патологічно протікаючий клімактеричний синдром. Решта види передиспозуючих факторів зустрілися в окремих випадках серед спостережених хворих.

Основною тактикою ведення пацієнтів з сурдомутизмом і хронічною головою болем було:

1. Встановлення різновидності ХГБ (трансформована мігрень, хронічна головна біль напруження або психалгія).
2. Вивчення передиспозуючих факторів і виділення серед них 2—3-х основних для можливої їх елімінації з життя пацієнтів.
3. Вивчення психологічного і психічного статусу хворих.
4. Знайомство з даними інструментальних методів дослідження.
5. Роз'яснення пацієнтам природи їх головної болю і загальних механізмів психотерапевтичного впливу.
6. Розробка адекватної системи невербальної психотерапевтичної корекції з урахуванням особливостей

хворих особливостей хворих (навчання методам аутогенної тренування, психічної релаксації по Джекобсону, комплексу релаксуючої психогімнастики).

7. Психопрофілактична бесіда з самими пацієнтами (на мові жестів), а також з їх родичами.

Лікування пацієнтів з сурдомутизмом і ХГБ було і залишається до теперішнього часу складною медичною проблемою. Успіх психотерапії в більшості випадків залежить від готовності пацієнта співпрацювати з лікарем, від його інтелектуального рівня і загальної життєвої установки.

Список літератури

1. Рябус М. В. Лікування головної болю напруження методом біологічної зворотної зв'язі: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1996.
2. Яхно Н. Н., Парфенов В. А., Алексєєв В. В. Головна біль. — М.: Ремедиум, 2000.
3. Строчунська Е. Я. Головна біль напруження. Клініко-психофізіологічний аналіз і терапія: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1996.
4. Акішкін В. Г., Епіфанов А. В. Особливості методології вивчення стану здоров'я глухонемых // Вісник нових медичних технологій. — 2001. — № 3. — С. 94—95.
5. Іванова Л. І. Діагностика патологічних станів у глухих. — Омськ, 1992. — 300 с.
6. Каракалкін А. В., Петухова Н. А. Сучасні методи дослідження кровообігу головного мозку при нейросенсорній тугоухості // Вісник оториноларингології. — 2001. — № 1. — С. 28—30.

Надійшла до редакції 20.09.2006 р.

О. А. Філатова

Принципи невербальної психотерапії хронічного головної болю у хворих на сурдомутизм

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(Харків)*

Проведено обстеження 60 хворих на сурдомутизм, які мають хронічний головний біль різної інтенсивності та періодичності. В результаті проведених досліджень було виявлено 3 різновиди хронічного головної болю у даного контингенту хворих: трансформована мігрень, головний біль м'язової напруги та психалгія.

Вивчено провідні чинники, які викликають больовий синдром. Розроблено систему невербальної психотерапевтичної корекції задля припинення та запобігання нападів головної болю.

O. A. Filatova

The principles of un verbal psychotherapy of chronic headache of patients with surdomutism

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

The article has the results of research of 60 cases of surdomutism, which have a chronic headache with random intensity and frequency.

In result, of completing the research has been revealed three varieties of chronic headache present contingent of patients — Transformed migraine, headache of muscular strain and psychalgia. Has been learned the major factors, which calls painful syndrome. The system of un verbal psychotherapeutic correction has been elaborated for stopping and preventing the attacks of headache.