

УДК 616-083.98

САЛДАН Г.Н., ЗАГУРОВСКИЙ В.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

## РОЛЬ СТРЕССОРНОЙ РЕАКЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

**Резюме.** На основании данных клинических и психодиагностических исследований изучено взаимодействие механизмов стрессорной реакции и синдрома собственно психовегетативной дисфункции в клинической картине неотложных состояний психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы. В основе пароксизмальных проявлений нарушений лежит синдром собственно психовегетативной дисфункции. При его взаимодействии с механизмами стрессорной реакции (в зависимости от выраженности, направленности и глубины нарушений) возможно однонаправленное и разнонаправленное их действие.

**Ключевые слова:** неотложное состояние, психосоматика, стрессорная реакция, психовегетативная дисфункция.

### Введение

Неоднократно делались попытки изучения взаимосвязи психической и соматической сфер человека, их роли в возникновении заболеваний [1, 2, 5]. Неотложные состояния (НС) в клинике психосоматических нарушений представляют серьезную угрозу здоровью и жизни [3–5], связаны с максимальной манифестацией патогенетических механизмов заболевания. Последние представлены синдромами как собственно психовегетативной дисфункции, так и стрессорной реакции [5]. Однако исследования о характере и особенностях их взаимодействия при различных вариантах психовегетативной дисфункции в структуре пароксизмальных и перманентных проявлений психосоматических нарушений изучены недостаточно [6–8].

**Цель исследования.** Настоящее исследование посвящено изучению закономерностей взаимодействия механизмов стрессорной реакции и синдрома собственно психовегетативной дисфункции в реализации пароксизмальных проявлений психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы.

### Материалы и методы исследования

Исследование проведено при оказании экстренной медицинской помощи и дальнейшем лечении больных вегетососудистой дистонией (ВСД) с вегетативными кризами (ВК) — 53; гипертонической болезнью (ГБ) I–II ст. с кризами (ГК) — 58 человек. Психоэмоциональное состояние исследовалось следующими методиками: Гиссенский опросник соматических жалоб, шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга — Ханина, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, опросник Бека, тесты Люшера, «Цветовой рисунок тела». Клинико-психопатологическое исследование проводилось со структурированием симптомов манифестации НС и заболевания во

времени. Инструментальное исследование: анализ variability регуляции кровообращения методом ритмограммы с пробами (физическая, психоэмоциональная нагрузка, модуляция дыхания).

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ во временном аспекте симптоматики изученных неотложных состояний позволил выделить две группы симптомов, отличающихся временем возникновения, причиной и местом в клинической картине, реакцией на них личности пациентов. Они объединяются в психовегетативные синдромы (ПВС), различные по своему происхождению, структуре, роли и значению в возникновении, развитии и реализации патогенетических механизмов НС. Первый — это ПВС собственно психовегетативной дисфункции, состоящий из симптомов нарушений, лежащих в основе заболевания и реализующихся как реакция на пусковые факторы НС. Для них характерно отсутствие содержания в основе психоэмоциональных нарушений и интенсивная аффективная окраска. Второй — ПВС стрессорной реакции, отсроченный по времени возникновения и развивающийся на остро манифестирующие симптомы ПВС собственно психовегетативной дисфункции. В его состав входили психоэмоциональные и соматические проявления механизмов стрессорной реакции, реализующиеся в виде клинических симптомов. Сенсорно-вегетативные и вегетовисцеральные симптомы в составе синдрома, как правило, отсутствовали или носили единичный характер. Содержанием психоэмоциональных симптомов выступали страх потери сознания, смерти,

© Салдан Г.Н., Загуровский В.М., 2013

© «Медицина неотложных состояний», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

тяжелого заболевания и др. Соматические, сенсорно-вегетативные и вегетовисцеральные проявления больными не осознавались, не расценивались как болезненные и не вызывали аффективной реакции.

Анализ вариабельности регуляции кровообращения при ВК в 62 % случаев (группа 1) показал критический уровень нейрогуморальной регуляции с преобладанием симпатического звена ( $p < 0,05$ ), низкую устойчивость к стрессу, высокий риск развития нарушений ритма сердечной деятельности (фатальных состояний), что свидетельствует о дисбалансе вегетативных механизмов регуляции с преобладанием симпатического звена. В 38 % случаев (группа 2) отмечены преобладание тонуса парасимпатического звена ( $p < 0,05$ ), низкая устойчивость к стрессу, умеренный риск развития фатальных состояний. В межприступный период в 1-й группе выявлена низкая, а во 2-й — умеренная устойчивость к стрессу. Анализ вариабельности регуляции кровообращения при пробах в обеих группах показал изменение устойчивости как к психической, так и физической нагрузке. Она была повышена, снижена или извращена. При сравнении направленности изменений симпатического и парасимпатического звеньев регуляции при пробах с таковыми при кризах установлено 3 варианта взаимодействия. Они могут усиливаться, ослабевать или изменять направленность при кризах ( $p < 0,05$ ). У больных 2-й группы усиление тонуса парасимпатического звена сопровождалось достоверным увеличением ( $p < 0,05$ ) числа вегетовисцеральной симптоматики со стороны органов брюшной полости и дыхания.

При ГК в 73 % случаев (группа 3) обнаружен критический уровень нейрогуморальной регуляции с преобладанием симпатического и присоединением гуморального звена ( $p < 0,05$ ), низкая устойчивость к стрессу, высокий риск развития фатальных ситуаций. В 27 % случаев (группа 4) на фоне критического уровня нейрогуморальной регуляции с преобладанием симпатического и присоединением гуморального звена ( $p < 0,05$ ), низкой устойчивости к стрессу отмечен более высокий тонус парасимпатического звена ( $p < 0,05$ ). В межприступный период в 3-й группе выявлена низкая, а в 4-й — умеренная устойчивость к стрессу; более выраженное преобладание симпатической нервной регуляции с присоединением гуморального звена в 3-й группе. Анализ вариабельности регуляции кровообращения при пробах в обеих группах (как и при ВК) показал изменение устойчивости как к психической, так и физической нагрузке. Она была повышена, снижена или извращена. Также установлено 3 варианта взаимодействия направленности изменений симпатического и парасимпатического звеньев регуляции при пробах и кризах. Как и при ВК, они могут усиливаться, ослабевать или изменять направленность при кризах ( $p < 0,05$ ). У больных 4-й группы усиление тонуса парасимпатического звена сопровождалось появлением ( $p < 0,05$ ) вегетовисцеральной симптоматики со стороны органов брюшной

полости и дыхания при их отсутствии у больных 3-й группы.

Как при ВК, так и при ГК у всех обследованных пациентов определялся повышенный уровень реактивной и личностной тревожности — от средней до высокой. Распределение по баллам показало в 1-й и 3-й группах очень высокие показатели тревожности, а в 2-й и 4-й — средний уровень тревожности на границе с умеренной ( $p < 0,05–0,001$ ). Общий балл по результатам Гиссенского опросника соматических жалоб в 100 % случаев превышал 45 баллов с распределением по возрастающей по шкалам:  $M < G < E < H$  ( $p < 0,05–0,001$ ) и был достоверно более высоким в 1-й и 3-й группах ( $p < 0,05$ ). В клиническом опроснике для выявления и оценки невротических состояний данные по шкале тревоги при ВК и ГК у всех обследованных составили меньше  $-7,1$ . По шкале вегетативных нарушений у пациентов 2-й и 4-й групп показатели достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в 1-й и 3-й группах. Данные по шкале обсессивно-фобических нарушений при ГК ниже, чем при ВК, без различий между группами ( $p > 0,05$ ).

По результатам теста Люшера у всех пациентов при НС определялся источник стресса от 3,5 до 5 баллов интенсивности. Компенсация источника стресса представлена в 91 % 1-й группы и в 76 % случаев 2-й группы основными цветами. В остальных случаях компенсация носила «патологический» характер (дополнительные цвета). В 3-й и 4-й группах компенсация стресса основными цветами составила соответственно 79 и 62 % случаев. В межприступный период у всех пациентов определялся источник стресса от 1,5 до 3 баллов интенсивности. Компенсация источника стресса представлена в 41 % 1-й группы и в 32 % случаев 2-й группы основными цветами. В остальных случаях компенсация носила «патологический» характер (дополнительные цвета). В 3-й и 4-й группах компенсация стресса основными цветами составила соответственно 38 и 44 % случаев. Исследование тестом «Цветной рисунок тела» проводилось одновременно двумя вариантами — «цветной человек» и «цветные одежды». При сопоставлении результатов с таковыми теста Люшера выявлена их однонаправленность в варианте «цветной человек». Результаты второго варианта теста отличались от данных теста Люшера, особенно в 3-й и 4-й группах.

Анализ и сопоставление полученных результатов психодиагностического, клинко-психопатологического и инструментального исследований при ВК и ГК позволил выделить 2 группы больных, которые характеризовались преобладанием симпатического или парасимпатического звена регуляции. При этом каждая группа отличалась уровнями показателей, характеризующих психоэмоциональное состояние. Отклонение от границ нормы более выражено при преобладании симпатического звена регуляции.

При сопоставлении данных НС и межприступного периода обнаружены следующие варианты их взаимоотношений: 1) дальнейшее повышение уров-

ня симпатического звена вегетативной регуляции и снижение парасимпатического в сопровождении интенсивных психоэмоциональных проявлений; 2) повышение уровней как симпатического, так и парасимпатического звеньев вегетативной регуляции при умеренных эмоциональных проявлениях; 3) снижение уровня симпатического и повышение парасимпатического звеньев при умеренных психоэмоциональных проявлениях.

При сопоставлении данных анализа вариабельности регуляции кровообращения при НС и таких при проведении проб в межприступном периоде обнаружены следующие варианты их изменений: 1) дальнейшее нарастание изменений вегетативной регуляции, характерных для нагрузок; 2) изменение направленности реакции со стороны обеих звеньев вегетативной регуляции; 3) изменение направленности реакции одного из звеньев вегетативной регуляции. Следует отметить, что указанные варианты различны при пробах с психической или физической нагрузкой. Учитывая тот факт, что проведение проб не сопровождается развитием стрессорной реакции, а развитие НС предполагает наличие в своей структуре ПВС стрессорной реакции, можно утверждать, что выявленные различия обусловлены влиянием последней на проявления ПВС синдрома собственно психоэмоциональной дисфункции. В зависимости от уровня нарушений стрессорная реакция может оказывать модулирующее влияние на полисистемном, системном и органном уровнях регуляции.

## Выводы

1. Установлены два варианта изменений вегетативной регуляции при вегетативных и гипертонических кризах: 1) с высоким тонусом симпатического и низким — парасимпатического звена; 2) с умеренным тонусом симпатического и повышенным или умеренным — парасимпатического звена вегетативной регуляции.

2. Показано, что выделенные варианты НС отличаются выраженностью и спектром психоэмоциональной и вегетовисцеральной симптоматики,

уровнями результатов психодиагностических исследований.

3. Стрессорная реакция в клинической структуре НС оказывает модулирующее влияние на существующие в межприступном периоде отклонения вегетативной регуляции.

4. Направленность изменений тонуса звеньев вегетативной регуляции при НС и при проведении нагрузочных проб не является идентичной и зависит от модулирующего действия стрессорной реакции.

**Перспектива дальнейших исследований** — детальное изучение характера и особенностей влияния стрессорной реакции на становление психических и вегетативных взаимосвязей при различных вариантах вегетативной дисфункции в структуре неотложных состояний.

## Список литературы

1. Аксельрод Б.А. Вегетативная составляющая периперационного гипертензионного синдрома у больных ИБС: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2002. — 26 с.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Мед. информ. агентство, 2003. — 749 с.
3. Загуровский В.М. Роль психо-вегетативного синдрома в реализации неотложных состояний // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. — Харьков: Основа, 2001. — Вып. 4. — С. 175-177.
4. Загуровский В.М., Никонов В.В. Болезнь как острый или хронический стрессор // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. — Харьков: Основа, 2002. — Вып. 5. — С. 170-173.
5. Загуровский В.М. Невідкладні стани при психосоматичній патології (феноменологія та патогенетичні механізми) та їх психокорекція: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Х., 2011. — 38 с.
6. Катин А.Я., Катина М.А., Шапко Т.М. Основные вегетативные симптомы и синдромы в терапевтической и психоневрологической практике. — СПб.: ДЕАН, 2002. — 157 с.
7. Парцерняк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. — СПб.: А.В.К., 2002. — 201 с.
8. Сухачева О.В. Пароксизмальная дистония: клинические, нейрофизиологические и психологические аспекты: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.13. — М., 2000. — 23 с.

Получено 21.01.13 □

Салдан Г.Н., Загуровський В.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

### РОЛЬ СТРЕСОРНОЇ РЕАКЦІЇ В КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

**Резюме.** На підставі даних клінічних і психодіагностичних досліджень вивчена взаємодія механізмів стрессорної реакції й синдрому власне психоэмоциональної дисфункції в клінічній картині невідкладних станів при психосоматичній патології серцево-судинної системи. В основі пароксизмальних проявів порушень лежить синдром власне психоэмоциональної дисфункції. При його взаємодії з механізмами стрессорної реакції (залежно від виразності, спрямованості й глибини порушень) можлива одна-привалена або різнонаправлена їх взаємодія.

**Ключові слова:** невідкладні стани, психосоматика, стрессорна реакція, психоэмоциональна дисфункція.

Saldan G.N., Zagurovsky V.M.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

### THE ROLE OF STRESS RESPONSE IN THE CLINICAL PICTURE OF EMERGENCIES

**Summary.** Based on these clinical and psychodiagnostic research, the interaction mechanisms of stress response syndrome and proper psychovegetative dysfunction in clinical emergency conditions psychosomatic diseases of the cardiovascular system has been studied. At the heart of the manifestations of paroxysmal disorders is actually psychovegetative dysfunction syndrome. When it interacts with the mechanisms of stress response (depending on the severity, focus and depth of violations) may unidirectional and multidirectional their action.

**Key words:** medical emergency, psychosomatic, stress response, psycho-vegetative dysfunction.