

Н. А. Трезубова

Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского (Симферополь)

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В настоящее время — период коренных социально-экономических и политических реформ, нестабильности в стране — отмечается рост среди населения психических расстройств, прежде всего невротических и психосоматических. Не исключением является и персонал атомных электростанций (АЭС), работающих в экстремальных условиях с повышенной психоэмоциональной нагрузкой и ответственностью.

Длительное нахождение организма в состоянии стресса или относительно короткое, но частое воздействие стрессовых факторов приводит к формированию стойких патологических состояний, снижению уровня работоспособности и социальной активности человека.

Общеизвестной является роль вегетативной нервной системы (ВНС) в регуляции жизнедеятельности человека. По мнению ряда авторов, нет ни одного патологического состояния, в котором не участвует ВНС. В одних случаях вегетативная дисфункция является фактором патогенеза, в других — возникает вторично [1, 2].

Во многих научных статьях обсуждается возможная роль нарушений адренергической регуляции. Так, известно, что locus coeruleus, являясь одной из надсегментарных структур вегетативной регуляции, афферентно и эфферентно проецируется на большое количество образований головного мозга, создавая широкую сеть поведенческой и вегетативной регуляции [3–5].

Психовегетативные расстройства (ПВР) представлены большим количеством вегетативных, невротических и разных по модальности эмоциональных симптомов. Важное значение в их развитии имеют конституционально-личностные особенности и психогении.

Целью настоящего исследования было определение патопсихологической и клинико-психопатологической структуры ПВР.

Настоящая работа выполнена в рамках НИР кафедры нетрадиционной медицины Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского и кафедры психотерапии

Харьковской медицинской академии послеполитического образования.

В основу работы были положены результаты обследования 151 больного с ПВР, которые получали лечение в санатории «Горный» ОАО «Атомпрофздравница» г. Ялта (АР Крым).

Все лица были мужского пола. Количество человек с высшим образованием ($93,8 \pm 2,02\%$) было значительно больше, чем со среднетехническим ($6,62 \pm 2,02\%$, $p < 0,001$). Среди обследованных преобладали лица со стажем работы на производстве 15 и более лет ($65,56 \pm 3,87\%$), тогда как количество больных со стажем работы до 5 лет составляло $1,99 \pm 1,14\%$ и до 10 лет — $11,92 \pm 2,64\%$ ($p < 0,001$ в обоих случаях).

Нами была разработана стандартизированная карта динамического исследования и наблюдения за состоянием больных ПВР, в которой были отражены данные анамнеза жизни и заболевания, жалобы при поступлении в санаторий и в конце лечения.

В комплекс обследования были включены: клинико-психопатологическое; психодиагностическое исследование с использованием шкалы реактивной и личностной тревожности по методике Спилбергера — Ханина и инструментальное изучение состояния вегетативной нервной системы на аппаратно-аналитической системе «Cardio».

Основной диагноз устанавливался по данным клинико-анамнестического, клинико-психопатологического методов, по данным инструментальных методов исследования в соответствии с МКБ-10.

У 131 больного ($86,75 \pm 2,76\%$) диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция сердца и/или сердечно-сосудистой системы (СВДССС). Эти больные составили 1 группу. У 20 ($13,25 \pm 2,76\%$) пациентов был установлен диагноз артериальная гипертензия (АГ). Эти больные были включены во 2 клиническую группу.

Анализ данных клинико-психопатологического исследования позволил выделить доминирующие общевегетативные синдромы у больных ПВР, распределение которых представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение общевегетативных синдромов у больных ПВР

| Синдромы | 1 группа (n = 131) | | 2 группа (n = 20) | |
|-----------------------------|--------------------|--------------|-------------------|------------|
| | абс. | % ± % m | абс. | % ± % m |
| Астенический | 12 | 9,16 ± 2,52 | 8 | 40 ± 10,95 |
| Тревожный | 57 | 43,51 ± 4,33 | 5 | 25 ± 9,68 |
| Ипохондрический | 11 | 8,4 ± 2,42 | 1 | 5 ± 4,87 |
| Обсессивно-фобический | 27 | 20,61 ± 3,53 | 2 | 10 ± 6,71 |
| Субдепрессивный | 18 | 13,74 ± 3,01 | 2 | 10 ± 6,71 |
| Диссоциативно-конверсионный | 6 | 4,58 ± 1,83 | 0 | 0 ± 0,00 |
| Истероформный | 0 | 0 ± 0,00 | 2 | 10 ± 6,71 |

Так, наиболее распространенными синдромами в группе больных СВДССС были тревожный (43,51 ± 4,33 %) и обсессивно-фобический (20,61 ± 3,53 %), причем оба данных синдрома в группе больных АГ встречались значительно реже (25,00 ± 9,68 %, и 10,00 ± 6,71 %, соответственно тревожный и обсессивно-фобический синдромы).

С помощью методики Спилберга — Ханина у больных ПВР нами были изучены уровни реактивной и личностной тревожности, распределение которых по клиническим группам представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение уровней реактивной и личностной тревожности у больных ПВР (по методике Спилберга — Ханина)

| Уровень тревожности | 1 группа n = 131 | | 2 группа n = 20 | | |
|---------------------|------------------|---------|-----------------|---------|---------------|
| | абс. | % ± m % | абс. | % ± m % | |
| Личностная | низкий | 8 | 6,11 ± 2,09 | 3 | 15,00 ± 7,98 |
| | умеренный | 42 | 32,06 ± 4,08 | 5 | 23,00 ± 9,68 |
| | высокий | 81 | 61,11 ± 4,24 | 12 | 60,00 ± 10,95 |
| Реактивная | низкий | 30 | 22,90 ± 3,67 | 7 | 35,00 ± 10,67 |
| | умеренный | 47 | 35,88 ± 4,19 | 11 | 55,00 ± 11,12 |
| | высокий | 54 | 41,22 ± 4,30 | 2 | 10,00 ± 6,71 |

По данным исследования у больных ПВР в обеих клинических группах доминировал высокий уровень личностной тревожности у 61,11 ± 4,24 % больных 1 группы и у 60,00 ± 10,95 % больных 2 группы. В 1 группе преобладал высокий уровень реактивной тревожности — у 41,22 ± 4,30 %, тогда как во 2 группе он встречался у 10,00 ± 6,71 %, причем в 1 группе данное преобладание достигало уровня статистической значимости ($p < 0,001$).

Во 2 группе чаще регистрировался средний уровень реактивной тревожности у 55,00 ± 11,12 % больных и низкий у 35,00 ± 10,67 % больных, однако данные различия не достигали статистической значимости.

Распределение типов вегетативной реактивности в группах сравнения было неравномерным (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных ПВР по типам вегетативной реактивности

| Тип вегетативной реактивности | 1 группа (n = 131) | | 2 группа (n = 20) | |
|-------------------------------|--------------------|--------------|-------------------|----------|
| | абс. | % ± m % | абс. | % ± m % |
| Симпатикотонический | 52 | 39,69 ± 4,27 | 20 | 100,00 |
| Парасимпатикотонический | 40 | 30,53 ± 4,02 | 0 | 0 ± 0,00 |
| Эйтонический | 39 | 29,77 ± 4,00 | 0 | 0 ± 0,00 |

Нами выявлены типы вегетативной реактивности у больных ПВР. Все больные АГ характеризовались

преобладанием симпатического отдела ВНС, тогда как у больных СВДССС распределение по типам вегетативного обеспечения носит равномерный характер.

Полученные результаты дали возможность составить патогенетически обоснованные лечебные комплексы, направленные на восстановление психоэмоционального статуса и вегетативной реактивности.

Все больные получили базовое лечение: суггестивная психотерапия, аутотренировка, бальнеотерапия, массаж. Больные АГ получили фармакотерапию с включением гипотензивных препаратов.

Выводы

1. Обследованные больные психовегетативными расстройствами были разделены на группы сравнения, которые включали соматоформную вегетативную дисфункцию сердца и/или сердечно сосудистой системы и артериальную гипертензию.

2. Клиническая картина психовегетативных расстройств была представлена общеневротическими синдромами. При этом у больных СВДССС чаще встречались тревожный и обсессивно-фобический синдромы. У больных артериальной гипертензией чаще наблюдался астенический синдром.

3. В обеих клинических группах больных психовегетативными расстройствами доминировал высокий уровень личностной тревожности. Уровень реактивной тревожности у больных СВДССС преобладал высокий, тогда как у больных артериальной гипертензией чаще регистрировался средний и низкий уровни реактивной тревожности.

4. У всех больных артериальной гипертензией преобладал симпатический отдел ВНС, тогда как у больных с СВДССС встречались все типы вегетативного обеспечения в равных частях.

5. Анализ полученных данных обследования позволил разработать дифференцированные психокорректирующие мероприятия для больных психовегетативными расстройствами, которые направлены на основные звенья патогенеза психовегетативных расстройств, психоэмоциональный статус и вегетативную реактивность.

Список литературы

1. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Мирошниченко Н. В. и др. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 38–43.
2. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
3. Марута Н. А., Явдак И. А. Клинико-психопатологические и психологические аспекты резистентности невротических расстройств // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 1. — С. 103–105.
4. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Сарвир И. Н. и др. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии соматоформных расстройств // Проблеми медичної науки та освіти. — 2001. — № 2. — С. 22–26.
5. Brautigam W., Christian P., Rad M. Психосоматическая медицина. — М., 1999. — 376 с.

Надійшла до редакції 19.01.2006 р.

Н. А. Трезубова

N. A. Tregubova

Патопсихологічна і клініко-психопатологічна характеристика хворих на психо вегетативні розлади

Pathopsychological and clinical-psychopathological characteristic of patients with psychovegetative disorders

Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського (Сімферополь)

Crimean State Medical University named after S. I. Georgievsky (Simferopol')

У дослідженні була визначена патопсихологічна і клініко-психопатологічна структура психо вегетативних розладів. Усі обстежені хворі з психо вегетативними розладами були поділені на групи порівняння, які включали соматоформну вегетативну дисфункцію серця і серцево-судинної системи і артеріальну гіпертензію. Загальноневротичні синдроми були виражені тривожним, obsesивно-фобічним, астеничним, домінував високий рівень особистісної тривожності, переважував симпатичний відділ вегетативної нервової системи. На підставі отриманих даних дослідження були розроблені диференційовані психокоригувальні заходи для хворих на психо вегетативні розлади, які спрямовано впливали на психоемоційний статус і вегетативну реактивність.

Pathopsychological and clinical-psychopathological structure of psychovegetative disorders was established in article. All surveyed patients with psychovegetative disorders were divided into comparative groups for observing of somatoform vegetative dysfunction of heart or cardiovascular system and arterial hypertension. The general neurotic syndromes were presented by anxious, obsessive-fobical and asthenic syndromes. High level of personal anxiety was dominated and sympathetic part of VNS was predominating in these groups of patients.

On the base of getting results the differential psychocorrective programs were development out for patients with psychovegetative disorders. These measures act directly on the psychoemotional status and vegetative reactivity.

УДК: 616.85

О. О. Хаустова

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ (Київ)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МІШЕНІ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПАЦІЄНТА НА ПРИКЛАДІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X (СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ)

За останні десятиліття порушення в обміні речовин, що є, без усякого перебільшення, основою життя кожного живого організму, привело до різкого зростання метаболічного синдрому X (МСХ), який називають ще «хворобою занадто розвинутої цивілізації». Головна причина виникнення цього синдрому — «сите життя». Назва цього захворювання походить від слова «метаболізм», що є синонімом такого поняття як «обмін речовин».

Метаболічний синдром X визначається як складний фактор ризику серцево-судинних захворювань, що часто зустрічається та заслуговує великої уваги клініцистів. У III доповіді групи експертів з лікування дорослих (АТР III) Національної освітньої програми з холестерину (США) [7] визначено шість головних компонентів цього синдрому: абдомінальне ожиріння, атерогенна дисліпідемія, підвищений артеріальний тиск, резистентність до інсуліну + порушення толерантності до вуглеводів (ПТГ), прозапальний стан, протромботичний стан. Пусковим механізмом розвитку метаболічного синдрому X виступає підвищена активність симпато-адреналової системи.

Поширеність метаболічного синдрому із віком збільшується, особливо в середній віковій групі, і досягає максимуму серед літніх. Частота метаболічного синдрому із деяким відставанням наближається до поширеності ожиріння в популяції. У США біля третини осіб з надлишковою масою тіла та/або ожирінням мають метаболічний синдром за критеріями АТР III [5]. Поширеність МСХ збільшується з 6,7 % у віковій групі 20–29 років до 43,5 % у віці 60–69 років. У віці 70 років і більше вона складає 42,0 %. Оскільки в переважній більшості пацієнтів в основі розвитку МСХ лежать неправильне харчування і низька фізична активність, висока поширеність цього синдрому свідчить про необхідність термінових заходів для боротьби з епідемією ожиріння і гіподинамії [1–6, 9, 13–15]. За даними National Institutes of Health, люди з за-

йвою масою в 2,9 рази частіше хворіють на діабет; у 2,6 рази частіше страждають розладами сну; удвічі частіше впадають у депресію, відчувають біль в спині й у суглобах; у 1,7 рази мають підвищений рівень холестерину в крові; в 1,3 рази частіше страждають на алергію [12, 14–16]. Не меншу проблему складає і проблема підвищеного тиску. На думку Р. Kearney et al. (2005), дані аналізу 30 популяційних досліджень, що включили більш 700 тис. осіб із усіх регіонів світу свідчать про те, що зростання захворюваності на гіпертонію — це провісник всесвітньої епідемії серцево-судинних захворювань [цит. за 6]. У 2000 р. 26,4 % дорослого населення планети страждали на гіпертонію, до 2025 р. поширеність гіпертонії серед дорослого населення Землі може досягти 29,2 %. У розвинутих країнах поширеність гіпертонії зростає на 24 %, у країнах, що розвиваються — на 80 %. Дослідники вказують на те, що необхідно не тільки поліпшення поінформованості, лікування і контролю гіпертонії, але і посилення програм первинної профілактики. Особлива увага приділяється зміні способу життя на популяційному рівні, що, на думку авторів, повинно привести до зниження поширеності гіпертонії.

Метаболічний синдром X, як визнаний чинник серцево-судинного ризику, впливає не тільки на рівень здоров'я, але й на смертність населення. За даними проспективного популяційного когортного дослідження зв'язку МСХ із загальною і серцево-судинною смертністю виявлено, що незалежно від обраних критеріїв, чоловіки з МСХ мали як мінімум у 2,9 рази вище ризик смерті від ішемічної хвороби серця, ніж здорові особи. Причому, зв'язок МСХ і смертності мав місце навіть при первинній відсутності серцево-судинної патології або діабету [4, 8].

Про початок захворювання свідчать: надлишок маси тіла (обхват живота перевищує у жінок та чоловіків європейської раси відповідно 80 см та 94 см); постійне почуття втоми і виснаження; неясні