

А. В. Самохвалов

Кафедра психіатрії, наркології та медичинської психології
Харківський державний медичний університет (г. Харків)

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (F 45.30) У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

История изучения соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы насчитывает уже более 100 лет. С момента первого клинического описания американским исследователем Да Коста синдрома раздраженного сердца ("Irritable heart", Da Costa, 1871) [10], впоследствии названного его именем, взгляды на данное расстройство неоднократно менялись, предлагались новые концепции патогенеза и нозологической принадлежности данного расстройства и соответствующие им названия (нейроциркуляторная астенія, синдром усиления, вазомоторный невроз, кардионевроз и др.) [1, 5, 6, 9]. Долгое время в отечественной науке функциональные вегетативные нарушения находились в поле зрения невропатологов и терапевтов, что обусловило появление терминов нейроциркуляторная дистония и вегетососудистая дистония, не отражающих психогенной природы соматоформных расстройств и уход от рассмотрения клинико-психопатологических нарушений при данном расстройстве [1, 5, 6, 9]. Несмотря на множество публикаций, посвященных клиническим проявлениям соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы, клинико-психопатологические особенности данного расстройства, характерные для лиц молодого возраста, в частности, студенческой молодежи, имеющей специфические черты психосоциального функционирования, изучены недостаточно [2, 3, 8].

Целью настоящего исследования является изучение клинико-психопатологических особенностей соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста.

Задачи исследования: изучение распространенности психопатологических нарушений во всех психических сферах у лиц молодого возраста; определение синдромологической структуры психопатологических нарушений у обследованного контингента.

Для решения поставленных задач нами был обследован 121 студент высшего учебного заведения, страдающий соматоформными вегетативными дисфункциями (согласно критериям МКБ-10) [4], средний возраст — $18,98 \pm 0,38$ лет ($p < 0,05$), в том числе — 22 мужчины (средний возраст $19,23 \pm 0,75$) и 99 женщин (средний возраст $18,93 \pm 0,44$ лет), $p < 0,05$.

В ходе работы нами использовался клинико-психопатологический метод исследования, дополненный специально разработанной анкетой для стандартизации результатов клинического исследования.

В ходе проведенного исследования было установлено, что в структуре отдельных непсихотических психических нарушений наиболее распространенными были нарушения эмоциональной ($100,0 \pm 0,0$ %, $p < 0,05$) и эффекторно-волевой ($96,7 \pm 3,2$ %, $p < 0,05$) сфер.

При этом нарушения эмоциональной сферы проявлялись в виде эмоциональной лабильности ($96,7 \pm$

$3,2$ %, $p < 0,05$), раздражительности ($95,0 \pm 3,9$ %, $p < 0,05$), эксплозивности ($85,1 \pm 6,3$ %, $p < 0,05$), тревоги ($95,0 \pm 3,9$ %, $p < 0,05$), сниженного настроения ($75,2 \pm 7,7$ %, $p < 0,05$) и неадекватности эмоционального реагирования ($50,4 \pm 8,9$ %, $p < 0,05$).

Основными нарушениями эффекторно-волевой сферы были астенія, которая наблюдалась у $86,8 \pm 6,0$ % ($p < 0,05$) обследованных и связанная с ней гиподинамия ($87,6 \pm 5,9$ %, $p < 0,05$). Также у относительно небольшого процента обследованных наблюдалось снижение инстинктивных влечений — снижение аппетита — у $17,4 \pm 6,7$ % ($p < 0,05$) и полового влечения — у $6,6 \pm 4,4$ % ($p < 0,05$) обследованных. $8,3 \pm 4,9$ % ($p < 0,05$) обследованных отмечали равнодушие к собственной судьбе и жизни, которое рассматривалось нами как снижение инстинкта самосохранения.

Другой, менее распространенной, но в то же время крайне актуальной для учащихся высших учебных заведений группой нарушений были нарушения когнитивной сферы, преимущественно входившие в структуру ведущего психопатологического синдрома. К ним относятся нарушения внимания, которые проявлялись в высокой отвлекаемости ($34,7 \pm 8,5$ %, $p < 0,05$), истощаемости внимания ($29,8 \pm 8,15$, $p < 0,05$) и прикованности внимания к неприятным событиям или переживаниям ($33,9 \pm 8,4$ %, $p < 0,05$).

Нарушения памяти проявлялись в виде снижения фиксации, которое наблюдалось у $27,3 \pm 7,9$ % ($p < 0,05$), репродукции — у $16,5 \pm 6,6$ % ($p < 0,05$) и навязчивых воспоминаниях у $28,9 \pm 8,1$ % ($p < 0,05$) обследованных.

Нарушения мышления у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией были представлены в основном нарушениями его темпа (брадипсихия — $8,3 \pm 4,9$ %, тахипсихия — $10,7 \pm 5,5$ %, $p < 0,05$) и содержания — сверхценными мыслями ($17,4 \pm 6,7$ %, $p < 0,05$), навязчивыми идеями, сомнениями, опасениями ($23,1 \pm 7,5$ %, $p < 0,05$).

Одним из важных факторов, отражающих качество познавательной деятельности, является хорошее понимание усвоенного материала [8]. Проведенное исследование показало, что у $18,2 \pm 6,9$ % ($p < 0,05$) обследованных мужчин и женщин отмечались трудности в понимании и усвоении нового учебного материала.

Указанные нарушения имеют особое значение для студентов, основным видом деятельности которых является интеллектуальная. Таким образом, снижение уровня понимания учебного материала говорит о снижении качества интеллектуальной деятельности, отражающем, с одной стороны, выраженность соматоформной вегетативной дисфункции, а с другой — наличие дополнительного фактора, усугубляющего течение данного расстройства.

Нарушения восприятия входили в структуру астенического синдрома и проявлялись в сниженном

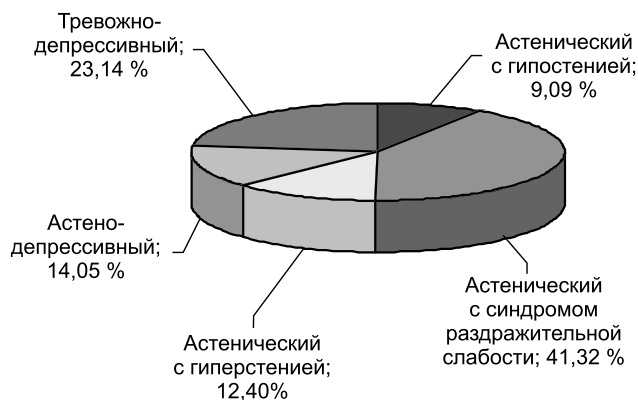
пороге чувствительности к внешним раздражителям у $28,9 \pm 8,1 \%$ ($p < 0,05$) обследованных и иллюзиями — у $19,0 \pm 7,0 \%$ ($p < 0,05$). У $7,4 \pm 4,7 \%$ ($p < 0,05$) обследованных наблюдалось повышение порога чувствительности к внешним раздражителям, связанное с утомлением. Также наблюдались нарушения восприятия, связанные с нарушениями кровоснабжения, в виде мелькания мушек или звездочек перед глазами ($15,7 \pm 6,5 \%$, $p < 0,05$) и чувства покалывания или ползания мурашек по телу ($13,2 \pm 6,0 \%$, $p < 0,05$).

Анализ синдромологической структуры психопатологических нарушений у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы показал, что наибольшим удельным весом обладают различные варианты астенического синдрома (рисунок).

Так, наиболее распространенным психопатологическим синдромом у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы является астенический синдром с синдромом раздражительной слабости, который наблюдался у $41,32 \pm 0,39 \%$ ($p < 0,05$) обследованных (у $31,82 \pm 1,93 \%$ ($p < 0,05$) мужчин и у $43,43 \pm 0,49 \%$ ($p < 0,05$) женщин) (таблица).

Клинически данный синдром проявлялся повышенной утомляемостью, непродуктивностью интел-

лектуальной деятельности в сочетании с отвлекаемостью, раздражительностью, вспыльчивостью, придирчивостью, изменчивостью настроения, слезливостью. В ряде случаев наблюдалось ухудшение сна, прежде всего — его беспокойный характер, частые пробуждения среди ночи, трудности последующего засыпания, отсутствие чувства сна, дневная сонливость.



Структура психопатологических синдромов у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией

Структура психопатологических синдромов у больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы

Ведущий психопатологический синдром	Группа в целом (n = 121)		Мужчины (n = 22)		Женщины (n = 99)	
	абс. ч. (%)	ДИ	%	ДИ	%	ДИ
Астенический с гипостенией	11 (9,09 %)	0,13 %	18,18	1,33 %	7,07	0,13 %
Астенический с СРС	50 (41,32 %)	0,39 %	31,82	1,93 %	43,43	0,49 %
Астенический с гиперстенией	15 (12,40 %)	0,18 %	18,18	1,33 %	11,11	0,20 %
Астено-депрессивный	17 (14,05 %)	0,20 %	9,09	0,74 %	15,15	0,25 %
Тревожно-депрессивный	28 (23,14 %)	0,29 %	22,73	1,56 %	23,23	0,35 %

Примечание: СРС — синдром раздражительной слабости; ДИ — доверительный интервал для генеральной совокупности при $p < 0,05$

Второй по распространенности среди обследованных — тревожно-депрессивный синдром — был установлен у $23,14 \pm 0,29 \%$ ($p < 0,05$) пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией ($22,73 \pm 1,56 \%$ ($p < 0,05$) мужчин и $23,23 \pm 0,35 \%$ ($p < 0,05$) женщин) (см. табл.).

Клинически он проявлялся выраженным депрессивным компонентом — такие больные отмечали снижение настроения, обычно им было трудно заставить себя встать, они чувствовали себя невыспавшимися, вялыми, в течение дня, находясь в окружении своих сокурсников, они отмечали улучшение самочувствия, «расходились», настроение постепенно улучшалось. Тревожный компонент был неразрывно связан с депрессивным — наряду со сниженным настроением и пессимистичностью оценок происходящего такие больные испытывали необъяснимую тревогу, чувство неопределенности, находились «в подвешенном состоянии», зачастую вся система ценностей подвергалась переоценке и пессимистическому переосмыслению, доминировали пораженческие идеи, чувство безысходности, мысли о своей никчемности,

неправильном выборе вуза, профессии, многие больные считали, что «не оправдывают ожидания своих родителей», «зря тратят время».

Сочетание астенических явлений и гипотимии в виде астено-депрессивного синдрома наблюдалось у $14,05 \pm 0,20 \%$ ($p < 0,05$) больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы ($9,09 \pm 0,74 \%$ ($p < 0,05$) мужчин и $15,15 \pm 0,25 \%$ ($p < 0,05$) женщин). Основными клиническими проявлениями данного синдрома были нарушения эффекторно-волевой сферы в виде слабости, утомляемости, общего недомогания, трудностей в выполнении текущих задач, вялости, адинамии. Депрессивный компонент синдрома был органично связан с астенической составляющей, которая в данном случае всегда превалировала. Сниженное настроение пациенты в большинстве случаев рационализировали, объясняли его общим, в том числе соматическим состоянием.

Астенический синдром с гиперстенией в качестве ведущего наблюдался у $12,40 \pm 0,18 \%$ ($p < 0,05$) обследованных ($18,18 \pm 1,33 \%$ ($p < 0,05$) мужчин

и $11,11 \pm 0,20 \%$ ($p < 0,05$) женщин) (см. табл.). В клинической картине таких больных преобладали нарушения эмоциональной сферы — раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, чувствительность к минимальным внешним воздействиям, слезливость, гиперестезия, а также нарушения эффекторно-волевой сферы астенического спектра.

Астенический синдром с гипостенией, как наиболее тяжелая форма астенического синдрома [7], встречался значительно реже — у $9,09 \pm 0,13 \%$ ($p < 0,05$) обследованных (у $18,18 \pm 1,33 \%$ ($p < 0,05$) мужчин и у $7,07 \pm 0,13 \%$ ($p < 0,05$) женщин). В клинической картине соматоформной вегетативной дисфункции у больных с данным синдромом в качестве ведущего преобладали астенические явления, которые проявлялись в физической слабости, быстрой утомляемости, сонливости, вялости, адинамии, снижении инстинктивных влечений, неспособности или значительных затруднениях в выполнении повседневных обязанностей.

Результаты исследования лиц молодого возраста, страдающих соматоформными вегетативными дисфункциями, позволили сделать следующие выводы.

1. Наиболее распространенными психическими нарушениями являются нарушения невротического круга — нарушения эмоций (эмоциональная лабильность, раздражительность, тревога, эксплозивность) и эффекторно-волевой сферы (астения, адинамия), распространенность которых приближается к 100 %. На втором месте по распространенности ($75,2 \pm 7,7 \%$) находится гипотимия, которая всегда сочетается с одним или несколькими из вышеперечисленных нарушений. Третью группу непсихотических психических нарушений представляют нарушения когнитивной сферы — преимущественно памяти и внимания. Все указанные нарушения являются функциональными и связаны с основной группой нарушений — астенией и нарушениями эмоций. Расстройства восприятия и мышления относительно немногочисленны и также являются следствиями астении.

2. Нарушения в когнитивной сфере играют важную роль в развитии соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы, являясь одновременно клинически значимым проявлением данного расстройства, отражающим степень его выраженности, и важным фактором, способствующим дальнейшему прогрессированию заболевания.

3. У большинства больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы были выявлены различные варианты астенического синдрома, являющегося следствием утомления или недостаточного вегетативного обеспечения высшей нервной деятельности, характерного для соматоформной вегетативной дисфункции, а эмоциональный компонент ведущего синдрома проявляется в виде эмоциональной лабильности, раздражительности, гипотимии и связан либо с астенией, либо с рядом неблагоприятных психосоциальных факторов, воздействующих на больных с соматоформной вегетативной дисфункцией и являющихся одними из пусковых факторов её возникновения.

Список литературы

1. Аникин В. В., Курочкин А. А. Современный взгляд на терминологию и классификацию нейроциркуляторной дистонии у детей и подростков // Клиническая медицина, 2001. — № 7. — С. 69—72.
2. Гавенко В. Л., Синайко В. М., Гавенко Н. В. и соавт. Влияние психотравмирующих факторов на развитие психосоматических расстройств у студентов // Проблемы экстремальной психиатрии: Матер. наук.-практ. конфер. «Платоновський читання». — Харків, 2000. — С. 157—158.
3. Гавенко Н. В. Пограничные психические расстройства у студентов (клиника, диагностика, систематика) // Український вісник психоневрології. — 2002, т. 10, вип. 4 (33). — С. 51—53.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Факт, 1999. — 272 с.
5. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Мирошниченко Н. В. и соавт. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002, № 1. — С. 38—43.
6. Михайлов Б. В., Сарвир І. М., Баженов О. С. та співавт. Соматоформні розлади — сучасна загальномедична проблема // Український медичний часопис. — 2003, № 3 (35). — С. 73—77.
7. Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова — М.: Медицина, 1988. — 640 с. ил.
8. Синайко В. М. Динамика предболезненных психических расстройств у студентов младших курсов // Медицина сегодня и завтра. — 1999, № 1. — С. 57—59.
9. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — № 4. — С. 4—16.
10. Da Costa J. M. On irritable heart: a clinical study of a functional cardiac disorder and its consequences // Am. J. Med. Sci. — 1871. — V. 61. — P. 17—52.

Надійшла до редакції 14.09.2006 р.

А. В. Самохвалов

Клініко-психопатологічні особливості соматоформної вегетативної дисфункції серця та серцево-судинної системи (F 45.30) в осіб молодого віку

Харківський державний медичний університет (Харків)

У статті відображені результати дослідження психопатологічних порушень у 121 хворого на соматоформну вегетативну дисфункцію серця та серцево-судинної системи.

Показано, що синдромологічна структура психопатологічних порушень представлена астеничним синдромом із синдромом дратливої слабкості ($41,32 \pm 0,39 \%$, $p < 0,05$), астеничним синдромом з гіперстенією ($12,40 \pm 0,18 \%$, $p < 0,05$), астеничним синдромом з гіпостенією ($9,09 \pm 0,13 \%$, $p < 0,05$), тривожно-депресивним ($23,14 \pm 0,29 \%$, $p < 0,05$) та астено-депресивним ($14,05 \pm 0,20 \%$, $p < 0,05$) синдромами.

При цьому провідними групами психопатологічних порушень у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серця та серцево-судинної системи є порушення емоцій — емоційна лабильність ($96,7 \pm 3,2 \%$, $p < 0,05$), дратливість ($95,0 \pm 3,9 \%$, $p < 0,05$), експлозивність ($85,1 \pm 6,3 \%$, $p < 0,05$), тривога ($95,0 \pm 3,9 \%$, $p < 0,05$), гіпотимія ($75,2 \pm 7,7 \%$, $p < 0,05$), ефекторно-вольової сфери — астения, що спостерігалась у $86,8 \pm 6,0 \%$ ($p < 0,05$) обстежених та пов'язана із нею гіподинамія ($87,6 \pm 5,9 \%$, $p < 0,05$) і когнітивні порушення (непсихотичні форми порушень пам'яті, уваги, мислення та сприйняття). Останні завдяки своїй високій значущості для студентів відіграють важливу роль у формуванні клінічної картини даного розладу.

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».