

sonal disorders such as emotionally-unstable (F60.30), hysterical (F60.30), mosaic (F61) or even schizotypal (F21) combined with alcohol and drug abuse (F1) in most cases. Such patients in stress circumstances have maladjustment (F43.25) with a high risk of impulsive self-destructive or suicide acts. Manifest variants of SDB which are formed in adolescence age with the extreme development of suicide career are observed in such patients. The psychopathology associated with the hypercognitive variant of CEDD is manifested by panic disorders (F41), somatoform vegetative dysfunctions (F45.3), conversion disturbances (F44), neurasthenia (F45.8) or dysthymia (F34.1). Hypercognitive variant of SDB is the result of chronic psychotraumatic circumstances with constant antivital experience and periodic suicide ideation. In stress circumstances the severe depressive symptomatic (severe depressive episode – F32.2 or depressive reaction – F43.2) with real danger of suicide tendencies and carefully orchestrated suicide acts develops in such patients.

Conclusion. CEDD is one of the most important pathogenetic component of various psychopathological disturbances and variants of SDB. The understanding of psychological mechanisms and its manifestations is reasonable to use in the diagnosis of mental disturbances. It is also obligatory to take it into consideration in the psychotherapeutic intervention at specific cases of neurotic mental pathology.

Key words: cognitive and emotional disbalance or deficiency, mental disturbances, self-destructive behaviour, deviant child-parental relations.

© О.В. ЧЕРНЫШЕВ, 2013

О.В. Чернышев

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Николаевская областная психиатрическая больница № 1

Вступление. Синдром вегето-сосудистой дистонии (ВСД) наиболее часто встречаемый диагноз у подростков, маскирующий психическую патологию и проявляющийся болями различной локализации. Изучение механизмов его формирования позволит улучшить эффективность лечения психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Цель. Обосновать принципы диагностики проявлений синдрома ВСД и провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде болевого синдрома при ВСД в подростковом возрасте. Материалы и методы. Обследовано 59 подростков: 35 девушек (59,3 %) и 24 юноши (40,7 %) в возрасте 16 – 17 лет. Все подростки обратились за психиатрической помощью в связи с некупирующимися головными или абдоминальными болями в рамках синдрома ВСД. Дифференциально-диагностическое исследование проводилось, согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Результаты. Чаще всего в подростковом возрасте этиологической основой болевого синдрома в рамках ВСД являются различные соматоформные расстройства (в 60,0% случаев у девушек и в 54,2% – у юношей). У 32,2% обследованных пациентов в основе генеза ВСД лежат различные тревожно-депрессивные расстройства. Соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом – наиболее распространенная причина формирования ВСД среди подростков (23,7% случаев). Среди подростков случаи цефалгии

(39,0% случаев – у девушек, 25,4% – у юношей) существенно преобладают над гастралгией (соответственно 20,3 и 15,3% случаев). Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.30 и F45.31) наиболее часто выступает как этиологическая основа болевого синдрома в рамках ВСД в подростковом возрасте. Однако среди юношей и девушек генез болевого синдрома существенно отличается.

Выводы. Проведенное исследование выявило, что у всех обследованных подростков этиологическим базисом синдрома ВСД были различные психические расстройства. Основной жалобой, с которой пациенты обращались за помощью, были боли различной локализации, сопровождавшиеся другой симптоматикой в рамках ВСД. Во всех случаях симптоматика ВСД выступала ведущим соматизированным компонентом невротических и аффективных расстройств. Этиологической основой болевого синдрома в рамках ВСД в подростковом возрасте наиболее часто выступает соматоформная вегетативная дисфункция (F45.30 и F45.31). Случаи цефалгии существенно преобладают над теми, в которых ведущее значение имели абдоминальные боли.

Ключевые слова: синдром вегето-сосудистой дистонии, соматоформные расстройства, цефалгия, гастралгия.

ВСТУПЛЕНИЕ

Проблема распространенности психических расстройств в настоящее время – одна из самых важных в современной медицине. Болезни, сопровождающиеся вегетативной дисфункцией, входят в число наиболее распространенных психопатологических нарушений среди населения, в том числе и в подростковом возрасте. Синдром вегето-сосудистой дистонии (ВСД) наиболее часто встречаемый диагноз у подростков, маскирующий психическую патологию. Изучение механизмов формирования таких расстройств позволит улучшить систему эффективного лечения психических расстройств в детском и подростковом возрасте [1, 2].

Цель. Обосновать принципы диагностики проявлений синдрома ВСД и провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде болевого синдрома при ВСД в подростковом возрасте.

ВСД – это полиморфный симптомокомплекс. Его патогенетическая основа – дезинтеграция лимбико-ретикулярного комплекса, которая проявляется нарушениями функционирования всех основных регуляторных систем организма без специфической локализации поражения. В большинстве случаев ВСД носит вторичный характер как один из синдромов различных психических заболеваний, так как представляет собой системную реакцию высшей нервной деятельности на острый или хронический эмоциональный стресс. Вегетативная дисфункция, развивающаяся в результате дисрегуляции надсегментарных вегетативных структур, проявляется в основном эмоциональными и вегетативными расстройствами [3]. К наиболее часто встречающимся симптомам ВСД при психических расстройствах относят: физическую слабость и повышенную утомляемость, раздражительность и слезливость, головную боль и головокружение, нарушения сна, гипергидроз и тремор, ощущение похолодания конечностей, кардиалгии, приступообразные тахикардии и колебания АД, различные боли и мышечную скованность, парестезии, ощущение «комка» в горле или недостатка воздуха, диспепсические и дизурические расстройства.

Симптомы ВСД формируются одновременно с психопатологической реакцией на психотравмирующее воздействие при отсутствии какого-либо конкретного соматического

заболевания и впоследствии трансформируются в общее невротические, аффективные, соматоформные расстройства или определенную психосоматическую патологию. В МКБ-10 синдром ВСД шифруется в классе VI (Болезни нервной системы) рубриками G90.8 и G99.1 [4]. Но синдром ВСД не только входит как облигатный психовегетативный симптомокомплекс психопатологических расстройств, но, прежде всего, нуждается в адекватном психофармакологическом и психотерапевтическом вмешательстве. К наиболее распространенным психическим расстройствам, сочетающимся с симптомами ВСД, относятся невротические расстройства, F4 (паническое расстройство, F41.0; расстройства адаптации, F43; соматоформные расстройства, F45; неврастения, F48.0); аффективные расстройства, F3 (легкий депрессивный эпизод F32.0; рекуррентное депрессивное расстройство, F33; хронические аффективные расстройства, F34); психические расстройства, связанные с заболеваниями, классифицированными в других разделах, F54; расстройства органической природы, F0 (органическое тревожное расстройство, F06.4; органическое астеническое расстройство, F06.6; органическое расстройство личности, F07.0); реже – расстройства личности у взрослых, F6.

При соматоформных расстройствах (F45) в рамках рубрики невротические расстройства (F4) ВСД является ведущим клиническим симптомокомплексом. К этой группе нозологий относятся: соматизированное расстройство (F45.0), недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1), ипохондрическое расстройство (F45.2), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) и хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4).

ВСД в подростковом возрасте манифестирует чаще всего в виде синдрома боли – преимущественно цефалгии или абдоминальных болей в сочетании с другой психовегетативной симптоматикой [1, 2].

Таким образом, психовегетативный синдром (синдром ВСД) – полиэтиологическая патология, которая является ключевым патогенетическим компонентом достаточно большого количества психических расстройств невротического регистра [5, 6]. Эта патология быстро хронифицируется, плохо поддается лечению и трансформируется в различные невротические, аффективные или психосоматические расстройства [7, 8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках представленного исследования было обследовано 59 подростков: 35 девушек (59,3 %) и 24 юноши (40,7 %) в возрасте 16 – 17 лет. Все подростки впервые обследованы психиатром после длительного неэффективного лечения по поводу синдрома ВСД. Причиной обращения за психиатрической помощью стал плохо или некупирующий болевой синдром без верификации какого-либо серьезного соматического заболевания, способного вызвать подобные болевые ощущения. Дифференциально-диагностическое исследование пациентов проводилось, согласно диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств в рамках МКБ-10 [4]. Статистическая обработка данных производилась методами вариационной статистики

РЕЗУЛЬТАТЫ

В табл. 1 показано распределение подростков, согласно выявленным психопатологическим нозологиям и в соответствии с их полом. Было установлено, что чаще всего в группе обследованных подростков наблюдалась соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30) – 14 случаев (23,7%). В целом среди

ПСИХІАТРІЯ

обследованных пациентов более чем в половине случаев синдром ВСД был ведущим клиническим проявлением соматоформных расстройств (57,5%): у 21 девушки (60,0%) и у 13 юношей (54,2%). Тревожно-депрессивная симптоматика в рамках различных расстройств была зафиксирована в целом в 32,2% случаев (у 19 подростков): у 12 девушек (34,3%) и у 7 юношей (29,2%). Реже всего причиной формирования синдрома ВСД была астеническая симптоматика в рамках органического расстройства ЦНС, которая преимущественно диагностировалась у юношей.

Таблица 1

Распределение подростков, согласно полу и нозологическим формам расстройств, абсолют. количество (%)

Нозологические формы расстройств	Обследованные пациенты		
	юноши	девушки	всего в обеих группах
Соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом, F45.30	5 (20,8)	9 (25,7)	14 (23,7)
Ипохондрическое расстройство, F45.2	2 (8,3)	6 (17,1) p = 0,033	8 (13,6)
Хроническое болевое расстройство, F45.4	4 (16,7) p = 0,041	3 (8,6)	7 (11,7)
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, F32.01	4 (16,7) p = 0,041	3 (8,6)	7 (11,7)
Паническое расстройство, F41	2 (8,3)	5 (14,3)	7 (11,7)
Астеническое органическое расстройство ЦНС с цефалгическим синдромом, F06.6	4 (16,7) p = 0,021	2 (5,7)	6 (10,2)
Соматоформная вегетативная дисфункция с гастралгическим синдромом, F45.32	2 (8,3)	3 (8,6)	5 (8,5)
Расстройство адаптации: депрессивная реакция с цефалгическим синдромом, F43.21	1 (4,2)	4 (11,4)	5 (8,5)
Всего	24 (40,7)	35 (59,3) p = 0,037	59 (100)

Среди юношей в основе ВСД достоверно преобладали хроническое болевое расстройство (F45.4), легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F32.01) и астеническое органическое расстройство ЦНС с цефалгическим синдромом после перенесенного сотрясения мозга (F06.6). В целом эти виды патологии наблюдались среди обследованных пациентов в 50,1% случаев, что в среднем в 2,18 раза чаще, чем среди девушек ($p < 0,05$). Тогда как среди обследованных девушек очевидно преобладала соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30), которая была диагностирована у 25,7% пациенток, а также ипохондрическое расстройство (F45.2) и паническое расстройство (F41). В целом наиболее часто встречаемые нозологические единицы составили 57,1% из всех случаев в группе пациенток ($p < 0,05$). В ходе анализа полученных данных выявлено, что у девушек в 2,7 раза чаще ($p < 0,05$), чем у юношей, была диагностирована депрессивная реакция с цефалгическим синдромом в рамках расстройства адаптации (F43.21).

Анализ данных о локализации болевого синдрома (как ведущего проявления ВСД у обследованных подростков) позволил сделать следующие выводы, результаты которых представлены в табл. 2. И среди девушек, и среди юношей существенно преобладала цефалгия, в сравнении с количеством случаев, в которых абдоминальные боли предьявлялись как ведущая жалоба. Но если у юношей количество случаев цефалгии только на 10,1 % превышало количество пациентов с абдоминальным болевым синдромом, то среди девушек такая разница составила уже 18,7% – практически вдвое больше ($p < 0,05$).

Таблица 2

Распределение подростков, согласно полу, нозологическим формам расстройств и ведущему болевому синдрому, абсолют. количество (%)

Нозологические формы расстройств	Обследованные пациенты				всего в обеих группах
	юноши, N = 24		девушки, N = 35		
	цефалгический	гастралгический	цефалгический	гастралгический	
Соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом, F45.30	5 (33,3)	-	9 (39,1)	-	14 (23,7)
Ипохондрическое расстройство, F45.2	1 (6,7)	1 (11,1)	2 (8,7)	4* (33,3)	8 (13,6)
Хроническое болевое расстройство, F45.4	1 (6,7)	3* (33,3)	-	3* (25,0)	7 (11,7)
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, F32.01	1 (6,7)	3* (33,3)	1 (4,3)	2 (16,7)	7 (11,7)
Паническое расстройство, F41	2 (13,3)	-	5* (21,7)	-	7 (11,7)
Астеническое органическое расстройство ЦНС с цефалгическим синдромом, F06.6	4* (26,7)	-	2 (8,7)	-	6 (10,2)
Соматоформная вегетативная дисфункция с гастралгическим синдромом, F45.31	-	2* (22,2)	-	3* (25,0)	5 (8,5)
Расстройство адаптации: депрессивная реакция с цефалгическим синдромом, F43.21	1 (6,7)	-	4 (17,4)	-	5 (8,5)
Всего	15 (25,4)	9 (15,3)	23 (39,0)	12 (20,3)	59 (100)

Примечание: * $p < 0,05$.

Этиология головной боли существенно отличалась среди групп юношей и девушек. Цефалгический синдром как ведущая клиническая симптоматика наиболее часто и у тех, и у других наблюдался в рамках соматоформной вегетативной дисфункции (F45.30). Данный диагноз был зафиксирован больше, чем у трети пациентов в соответствующих подгруппах: в 33,3 и 39,1% случаев соответственно ($p < 0,05$). Однако второй по частоте патологией, при которой цефалгия выступала ведущей жалобой, у девушек стала депрессивная реакция с цефалгическим синдромом (F43.21), что было выявлено у 17,4% пациенток ($p < 0,05$). У юношей таким расстройством было астеническое органического расстройство травматического генеза с цефалгическим синдромом (F06.6) – оно наблюдалось у 26,7% пациентов ($p < 0,05$).

У юношей абдоминальные боли преимущественно фиксировались при хроническом болевом расстройстве (F45.4) и легком депрессивном эпизоде с соматическими симптомами (F32.01), что в целом составило 66,7% случаев данного варианта ВСД ($p < 0,05$). Тогда как среди обследованных пациенток гастралгическим синдромом чаще всего наблюдалась при ипохондрическом расстройстве (F45.2), хроническом болевом расстройстве (F45.4) и собственно при соматоформной вегетативной дисфункции с абдоминальными болями (F45.31). В целом это составило 83,3% в этой подгруппе девушек ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенное исследование выявило, что у всех обследованных подростков этиологическим базисом синдрома ВСД были различные психические расстройства. Во всех случаях симптоматика ВСД высказывалась как ведущая жалоба и выступала ведущим соматизированным компонентом невротических и аффективных расстройств. Чаще всего у пациентов наблюдались различные виды соматоформных расстройств (57,5% случаев), а также психическая патология с тревожно-депрессивными проявлениями (32,2% случаев). Кроме того, основной жалобой, с которой пациенты обращались за помощью были боли различной локализации, сопровождавшиеся другой симптоматикой в рамках ВСД. Этиологический анализ формирования цефалгического и гастралгического синдромом выявил, что случаи цефалгии существенно преобладают над теми, в которых ведущее значение имели абдоминальные боли. Различные варианты соматоформной вегетативной дисфункции (F45.30 и F45.31) наиболее часто выступают как этиологическая основа болевого синдрома в рамках ВСД в подростковом возрасте. Однако среди юношей и девушек генез болевого синдрома существенно отличается с точки зрения его этиологии, что также надо учитывать в тактике терапевтического вмешательства.

Но важно отметить, что все обследованные пациенты своевременно не обращались к психиатру, так как основной жалобой у подростков были головная или абдоминальная боль, маскирующая психические нарушения. Подростки, попадая к психиатру через месяцы после возникновения синдрома ВСД, соответственно, не получали своевременной, адекватной и эффективной помощи.

Литература

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. М. 1997.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер. 2000.
3. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. Под ред. А.М. Вейна. Медицинское информационное агентство. М. 1998.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Киев: Факт. 1999.
5. Губачев Ю.М., Стамбровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина. 1981.
6. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: Медпресс-информ. 2002.
7. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М. 1999.
8. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии (Под ред. А.С. Тиганова). М.: Медицина. 466–490.

О.В. Чернишев

Щодо питання про етіологію синдрому болю при вегето-судинній дистонії у підлітків

Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1

Вступ. Синдром вегето-судинної дистонії (ВСД) як діагноз найчастіше зустрічається у підлітків, маскує психічну патологію та проявляється болі різної локалізації. Вивчення механізмів його формування дозволить поліпшити ефективність лікування психічних розладів у дитячому та підлітковому віці.

Мета. Обґрунтувати принципи діагностики проявів синдрому ВСД і провести диференційно-діагностичне дослідження етіології психопатологічних розладів, що проявляються у вигляді синдрому болю при ВСД у підлітковому віці.

Матеріали й методи. Обстежено 59 підлітків: 35 дівчат (59,3 %) і 24 юнака (40,7 %) у віці 16 - 17 років. Всі підлітки звернулися по психіатричну допомогу у зв'язку головними або абдомінальними болями в рамках синдрому ВСД, що не купіруються. Диференційно-діагностичне дослідження проводилося, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10.

Результати. Найчастіше в підлітковому віці етіологічною основою синдрому болю при ВСД є різні соматоформні розлади (в 60,0% випадків у дівчат і в 54,2% - у юнаків). У 32,2% обстежених пацієнтів в основі генезу ВСД лежать різні тривожно-депресивні розлади. Соматоформна вегетативна дисфункція із цефалгічним синдромом - найпоширеніша причина формування ВСД серед підлітків (23,7% випадків). Серед підлітків випадки цефалгії (39,0% випадків - у дівчат, 25,4% - у юнаків) істотно переважають над гастралгією (відповідно 20,3 і 15,3% випадків). Соматоформна вегетативна дисфункція (F45.30 і F45.31) найчастіше виступає як етіологічна основа синдрому болю при ВСД у підлітковому віці. Однак серед юнаків і дівчат генез синдрому болю істотно відрізняється.

Висновки. Проведене дослідження виявило, що у всіх обстежених підлітків етіологічним базисом синдрому ВСД були різні психічні розлади. Основною скаргою, з якою пацієнти зверталися по допомогу, був біль різної локалізації, що супроводжувався іншою симптоматикою ВСД. У всіх випадках симптоматика ВСД виступала провідним компонентом соматизації невротичних і афективних розладів. Етіологічною основою синдрому болю при ВСД у підлітковому віці найчастіше виступає соматоформна вегетативна дисфункція (F45.30 і F45.31). Випадки цефалгії істотно переважають над тими, у яких провідне значення мав абдомінальний біль.

Ключові слова: синдром вегето-судинної дистонії, соматоформні розлади, цефалгія, гастралгія.

O.V. Tchernyshev

To a question on an aetiology of the pain syndrome by vegeto-vascular dystonia at adolescent age

The Nikolaev regional psychiatric hospital № 1

Introduction. A syndrome of a vegeto-vascular dystonia (VVD) most often detected at the adolescent age. It's masking a mental pathology and demonstrating by pains of various localisations. Study of VVD mechanisms will improve effective treatment of mental disturbances at child and adolescent age.

Aim. There are to prove diagnostic principles of VVD syndrome and to carry out diagnostic research of aetiology of the mental disturbances with pain syndrome by VVD at adolescent age in this article.

Materials and Methods. There are 59 teenagers have been examined in this research: 35 girls (59,3 %) and 24 young men (40,7 %) at the age of 16 - 17 years. All adolescents have addressed for the psychiatric help in connection with not stopped headache or abdomen pain by VVD syndrome. Research will be done according to diagnostic criteria of ICD-10.

Results. An aetiological basis of a pain syndrome by VVD are various somatoform disorder more often at teenage age (60,0 % cases at girls and in 54,2 % - at young men). 32,2 % of the patients had various anxiety-depressive disturbances in a genesis of VVD. Somatoform vegetative dysfunction with headache syndrome - the most widespread reason of VVD development among teenagers (23,7 % of cases). Among teenagers headache cases (39,0 % - at girls, 25,4 % - at young men) essentially prevail over abdomen pain (20,3 and 15,3 % cases accordingly). Somatoform vegetative dysfunction (F45.30 and F45.31) the most dominate aetiological basis of a pain syndrome by VVD at teenage age. However a pain syndrome genesis essentially differs among young men and girls.

Conclusions. This research has revealed that aetiology of VVD syndrome based on various mental disturbances background at adolescent age. The pains of various localisation accompanied by other symptoms of VVD were the basic patients complaint. In all cases symptoms by VVD engaged as a somatoform component of neurotic and affective disorders. Most often somatoform vegetative dysfunction (F45.30 and F45.31) detected as an etiological basis of a pain syndrome within VVD at adolescent age. Headache prevails over abdomen pains essentially.

Key words: a syndrome of a vegeto-vascular dystonia, somatoform disorder, headache, abdomen pain.