

# Клинико-конституциональные особенности у пациентов с вегетативной дисфункцией и эмоциональными нарушениями

*Воропай Н.Г.<sup>1</sup>, Доронина О.Б.<sup>2</sup>*

## Clinical-constitutional features in patients with vegetative dysfunction and emotional disturbance

*Voropai N.G., Doronina O.B.*

<sup>1</sup> *Городской неврологический центр «Сибнейромед», г. Новосибирск*

<sup>2</sup> *Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск*

© Воропай Н.Г., Доронина О.Б.

Вегетативная дисфункция и эмоциональные нарушения имеют много общих черт, но являются разными, сочетающимися патологиями. Проведены исследования вегетативного статуса, конституции, уровня тревоги и депрессии при обеих патологиях, показаны их сопряженность и отличительные черты.

**Ключевые слова:** вегетативная дисфункция, тревога, депрессия, качество жизни, конституция.

Autonomic dysfunction and psychic tension have both and several properties. Anthropometric measurements, research of vegetative tone and vegetative reactivity, research of neurological status were conducted.

**Key words:** autonomic dysfunction, psychic tension, depression, quality life, constitutional type.

УДК 616.839:616.89-008.19:616-056.4

### Введение

Вегетативные нарушения являются одной из актуальнейших проблем современной медицины, что прежде всего обусловлено их значительной распространенностью. По данным эпидемиологических исследований, 80% популяции страдают теми или иными нарушениями, клинически выражающимися в виде вегетативной дисфункции. Кроме того, вегетативная нервная система принимает активное участие в процессах адаптации и патогенезе большинства соматических заболеваний, поэтому оценка ее состояния играет важную роль в комплексной терапии практически любой соматической патологии [5].

Основой патогенеза вегетативной дисфункции считается нарушение интегративной деятельности надсегментарных вегетативных структур, в результате которой развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, сенсомоторных, эндокринно-висцеральных соотношений, а также цикла сон—бодрствование [3].

С точки зрения психиатрии, основой вегетативных кризов выступают эмоционально-аффективные рас-

стройства. Еще в конце XIX в. описаны «тревожные атаки», в которых тревога возникала внезапно и не была спровоцирована какими-либо идеями. Она сопровождалась нарушениями дыхания, сердечной деятельности и других функций организма [9].

Описаны психофизиологические реакции — психо-вегетативные нарушения, возникающие у здоровых людей при воздействии чрезвычайных, экстремальных событий, острой стрессовой ситуации или тяжелых хронических стрессовых ситуаций. Патологический характер возникающих реакций определяют их неадекватная и избыточная выраженность и длительность [4].

Эмоциональные нарушения связывают с изменением обмена нейромедиаторов: серотонина, дофамина, норадреналина [10, 11].

В литературе можно встретить термин «синдром вегетативной дистонии» (СВД), используемый для синдромального описания психогенно обусловленных полисистемных вегетативных нарушений. Последние включают разнообразные по происхождению и проявлениям изменения соматических (вегетативных) функций, обусловленные расстройством их нейроген-

ной регуляции. СВД связывают с наследственно-конституциональными факторами, органическими поражениями нервной системы, соматическими, в том числе эндокринными, заболеваниями, возрастной перестройкой [2, 7].

Есть мнение, что тревожные, невротические расстройства, острые или хронические стрессы любого происхождения приводят к вегетативной дисрегуляции и развитию психовегетативного синдрома с последующим нарушением адаптации организма [1, 8].

Вегетативные нарушения сочетаются с эмоциональными расстройствами — астеническими, тревожными, депрессивными [4].

В литературе обсуждается вопрос о первичном патологическом процессе. Ведет ли нарушение обмена нейромедиаторов к дисрегуляции лимбико-ретикулярного комплекса или биохимический дефект обмена серотонина выступает следствием нарушения взаимодействия мозговых структур? Возможно, эти состояния являются универсальным ответом организма на различные факторы внешней и внутренней среды, и механизм их формирования многообразен и универсален.

## Материал и методы

Под наблюдением находились две группы пациентов (141 человек) в возрасте от 20 до 42 лет. В 1-ю группу вошли 77 человек с вегетативной дисфункцией: с паническими атаками (45%), цефалгиями напряжения (23%), психовегетативным синдромом (17%), вестибуловегетативным синдромом (11%), нарушениями сна (4%). Во 2-й группе было 63 пациента с тревожно-депрессивными нарушениями средней и легкой степени. Диагноз был подтвержден клинико-лабораторными данными. Исключена патология внутренних органов.

Все пациенты были дополнительно обследованы по единому алгоритму.

Исследование вегетативной сферы включало:

— исследование исходного вегетативного тонуса («Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений», заполняемый обследуемым, и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» [1], индекс Кердо, вариабельность сердечного ритма);

— исследование вегетативной реактивности: проба Даныни—Ашнера (глазосердечный рефлекс), про-

ба Чермака—Геринга (синокаротидный рефлекс), исследование соллярного рефлекса;

— исследование вегетативного обеспечения деятельности (пробы положения (орто- и клиностатическая), физические и умственные нагрузки).

Для исследования эмоционального статуса применяли HADS, GES-D, опросник Бека, шкалу Гамильтона.

Для изучения качества жизни использован опросник SF-36 [6].

Всем пациентам проведены антропометрические измерения с последующим соматотипированием по методике В.В. Бунака (1931) в модификации В.П. Чтецова и соавт. (1978), а также диагностика соматотипа по Б.Х. Хиту и Дж.Е.Л. Картеру, определение типа конституции по В.М. Черноуцкому, индекса полового диморфизма.

Статистический анализ данных выполнялся с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows. Различия считали значимыми при уровне  $p < 0,05$ . Описание относительной частоты признаков проводили с использованием 95%-го доверительного интервала.

## Результаты и обсуждение

В 1-й группе преобладала симпатикотония — 79%, 21% составили пациенты с парасимпатикотонией. Во 2-й группе симпатикотония наблюдалась у 59% больных, парасимпатикотония — у 17%, эйтония — у 24% ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе при исследовании вегетативной реактивности получены выраженная симпатическая реакция — у 45% человек, слабая симпатическая реакция — у 34%, парасимпатическая реакция — у 21%, во 2-й группе нормальная реактивность отмечена у 23%, симпатическая реакция — у 58%, парасимпатическая — у 19% пациентов ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе исследование вегетативного обеспечения деятельности показало избыточное обеспечение в 80% случаев, а недостаточное — в 20%, во 2-й группе в 25% составила нормальная реакция, избыточное — 57%, недостаточная — 28% ( $p < 0,05$ ).

При изучении уровня тревоги и депрессии пограничные значения получены у 32% пациентов 1-й группы, легкая степень тревоги и депрессии (без четкого преобладания) выявлена у 64%, у 4% не было нарушений ( $p < 0,05$ ). Во 2-й группе пограничные значения составили 5%, нарушения легкой степени — 78% (смешан-

ные — 33%, тревожные — 29%, депрессивные — 16%), нарушения средней степени тяжести — 17% ( $p < 0,05$ ).

При исследовании качества жизни в 1-й группе самые низкие показатели получены по шкалам общего здоровья (ОЗ) — 33%, физического функционирования (ФФ) — 41%, жизнеспособности (Ж) — 39%; во 2-й группе низкие значения выявлены по шкале психического здоровья — 37%, шкала ОЗ составила 59%, ФФ — 67%, Ж — 76% ( $p < 0,05$ ) [6].

В 1-й группе чаще встречались дисгармоничные типы конституции: астенический — 17%, грудной грацильный — 11%, астенический ширококостный — 15%, грудной ширококостный — 18% у мужчин и астенический узкокостный — 21%, астенический ширококостный — 19% у женщин, инверсия полового диморфизма у женщин (андроморфия у 45%), преобладание дефицита массы тела, вытянутость тела в длину — 78%. Во 2-й группе такие особенности конституции были представлены у меньшего количества пациентов (астенический тип телосложения — 11%, грудной грацильный — 7%, астенический ширококостный — 9%, у мужчин грудной ширококостный — 8% и астенический узкокостный — 13%, у женщин астенический ширококостный — 11% и инверсия полового диморфизма (андроморфия у 25%)), и в целом пациенты были более гармоничного телосложения.

У пациентов с вегетативной дисфункцией выявлены тревожные, депрессивные и тревожно-депрессивные нарушения преимущественно легкой степени. При этом большая часть пациентов ориентирована на избавление от головных болей, потливости, панических атак, а низкий фон настроения или тревожные мысли, равно как и недостаточно удовлетворительный сон, не были для них важны. Поскольку данная группа имела дисгармоничный тип телосложения, можно предположить более выраженное влияние наследственно-конституционального фактора на формирование вегетативной дисфункции.

При углубленном исследовании вегетативного статуса пациентов с доминирующими тревожно-депрессивными расстройствами обнаружены нарушения как исходного тонуса, так и вегетативной реактивности и обеспечения деятельности. Эти проявления были значимы только для 29% пациентов, 48% обращали на них внимание при дополнительном расспросе или указании на симптомы, для 33% больных симптомы были «привычными», они не считали их болезненными проявлениями или помнили состояние

с детства. Пациенты имели более гармоничные типы конституции. Качество жизни страдало преимущественно за счет психической составляющей.

В обеих группах получены и вегетативные нарушения, и тревожно-депрессивные, и изменения со стороны восприятия качества жизни, и конституциональные особенности, т.е. можно говорить о сходстве клинической картины и преморбидных особенностях пациентов. При этом имеются тонкие отличительные черты при каждой патологии, заставляющие считать данные состояния разными.

## **Выводы**

Вегетативная дисфункция и тревожно-депрессивные нарушения имеют клиническое сходство, но при углубленном исследовании выявляются четкие клинические отличия, тем не менее их можно считать коморбидными, сочетающимися патологиями. Существует некая общность в формировании этих двух параллельно протекающих процессов.

## **Литература**

1. *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М., 1998, 752 с.
2. *Вейн А.М.* Неврология для врачей общей практики. 2001. 504 с.
3. *Вейн А.М., Соловьёва А.Д., Колосова О.А.* Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. М.: Наука, 1973, 268 с.
4. *Дюкова Г.М.* Синдром вегетативной дистонии и его лечение // 12-й Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство»: лекции для практикующих врачей. Москва, 18—22 апреля 2005 г. С. 213—225.
5. *Морозова О.Г.* Вегетативные дисфункции в общесоматической практике [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.health-ua.com> № 3, февраль 2008 г. С. 51—52.
6. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М., 2007. 315 с.
7. *Шварков С.Б.* Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков: автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 1993. 71 с.
8. *Штульман Д.Р., Левин О.С.* Неврология. Справочник практического врача. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2002. 784 с.
9. *Freud S.* Uber die Berichtigung von der Neurastenie einen bestimmten symtomenkomplex als «Augstneurose» abzutrennen. *Neurologisches Zentralblatt* 1985. Т. 2.
10. *Calanca et al.* Vade — Mecum Ther Psychiatr, Editions Medecine et Hygiene. Geneve, 1997. 38149, A38.
11. *Holland R.L.* Fluvoxamine in panic disorder: after discontinuation? // *Human Psychopharmacology*. 1995. № 10. P. 240—242.

Поступила в редакцию 14.09.2009 г.  
Утверждена к печати 15.10.2009 г.

**Сведения об авторах**

**Н.Г. Вороний** — канд. мед. наук, зав. консультативным отделением городского неврологического центра «Сибнейромед» (г. Новосибирск)

**О.Б. Доронина** — канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии НГМУ (г. Новосибирск).

**Для корреспонденции**

**Вороний Наталья Геннадьевна**, тел.: 8-813-719-2633, 8 (383) 216-37-00, e-mail: coveto@ngs.ru