

## ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Людмила Павловна Маринчева<sup>1\*</sup>, Марина Владимировна Злоказова<sup>2</sup>,  
Андрей Горгоньевич Соловьёв<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кировская областная клиническая больница им. В.М. Бехтерева,

<sup>2</sup>Кировская государственная медицинская академия,

<sup>3</sup>Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

### Реферат

**Цель.** Выявление особенностей этиопатогенеза соматоформных и психосоматических расстройств у подростков.

**Методы.** Были обследованы 426 подростков и их семей. Основная группа – 321 пациент Кировской детской городской клинической больницы, включавшая две подгруппы: 117 подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией и 204 – с психосоматическими расстройствами; средний возраст 15,1±1 лет. Контрольную группу составили 105 подростков с первой группой здоровья, учащихся средних школ г. Кирова; средний возраст 15,1±1 лет. Для проведения обследования применяли клинко-психопатологический метод исследования, анкетирование, а также экспериментально-психологические тесты.

**Результаты.** Проведённое исследование подтверждает многофакторность патогенеза психосоматической патологии (выявлена значимость биологических, психологических и социальных факторов) и позволяет предположить, что возникновение симптоматики психосоматических расстройств формируется согласно основным этапам неспецифической реакции на стресс, от вегетативных невротических реакций при соматоформной вегетативной дисфункции (на стадии резистенции) до развития картины психосоматоза – при развитии психосоматического расстройства (на стадии истощения). Уровень развития заболевания определяется как индивидуальной предрасположенностью, так и спектром адаптивных реакций на стресс. Всё это подтверждает необходимость наиболее раннего выявления соматоформной вегетативной дисфункции для предупреждения хронизации процесса и его прогрессирования.

**Вывод.** Большое значение имеет комплексное лечение, включающее личностно-ориентированную психотерапию, направленную на развитие адаптивных механизмов совладания со стрессом.

**Ключевые слова:** психосоматическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, подростки.

**FEATURES OF ETIOPATHOGENESIS OF PSYCHOSOMATIC AND SOMATOFORM DISORDERS** L.P. Marincheva<sup>1</sup>, M.V. Zloказova<sup>2</sup>, A.G. Solov'ev<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Kirov Regional Clinical Hospital named after V.M. Bekhterev, Kirov, Russia, <sup>2</sup>Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia, <sup>3</sup>North State Medical University, Arkhangelsk, Russia. **Aim.** To identify the features of etiopathogenesis of somatoform and psychosomatic disorders in adolescents. **Methods.** Examined were 426 adolescents and their families. The main group – 321 patients of the Kirov City Children's Clinical Hospital, which included two subgroups: 117 adolescents with somatoform autonomic dysfunction, and 204 – with psychosomatic disorders; the mean age was 15.1±1 years. The control group consisted of 105 adolescents who were students of secondary schools in the city of Kirov with the first group of health; the mean age was 15.1±1 years. The clinical-psychopathological method of investigation, questionnaire surveys, and experimental psychological tests were used in order to perform the study. **Results.** The conducted study confirms the multifactor nature of the pathogenesis of psychosomatic disorders (identified was the importance of biological, psychological and social factors) and makes it possible to suggest that the onset of symptoms of psychosomatic disorders is formed according to the main stages of the nonspecific response to stress, from the autonomic neurotic reactions during somatoform autonomic dysfunction (at the stage of resistance) to the development of the psychosomatosis picture – during the development of psychosomatic disorders (at the exhaustion stage). The level of disease development is determined by both the individual predisposition and the spectrum of adaptive responses to stress. All this confirms the need for earliest detection of somatoform autonomic dysfunction in order to prevent the development into a chronic process and its progression. **Conclusion.** Complex treatment is of great importance, including the personal-oriented psychotherapy aimed at the development of adaptive mechanisms for coping with stress. **Keywords:** psychosomatic disorder, somatoform autonomic dysfunction, adolescents.

В настоящее время всё большее внимание уделяют изучению этиопатогенеза психосоматических расстройств (ПСР), при этом соматоформные вегетативные дисфункции (СВД), выделяемые Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в отдельную рубрику, рассматривают и как отдельную нозологическую единицу [1, 3, 8], и как этап развития ПСР [4, 6]. ПСР (F 54) и соматоформные расстройства (F 45) принято относить к группе стресс-зависимых заболеваний [2, 5, 8, 10].

При СВД, ранее обозначаемых термином «органные невроты» или «функциональные вегетативные дисфункции», соматическая симптоматика развивается на фоне воздействия психотравмирующих обстоятельств и аффективных расстройств [3, 4, 12, 15]. При ПСР большее значение приобретает фактор «накопления» негативных переживаний, действующий на фоне присоединения всего спектра перинатальных, средовых, характерологических факторов риска [2, 5, 7, 10, 13]. Биопсихосоциальный подход [4–6] подразумевает, что СВД и ПСР имеют многофакторную природу – результат взаимодей-

**Частота выявления перинатальной патологии у матерей подростков из основной и контрольной групп, %**

Показатель	Соматоформная вегетативная дисфункция	Психосоматическое расстройство	Здоровые подростки (контроль)
Наличие неблагоприятных антенатальных факторов	47,0**	46,1**	20,9
Токсикоз во время беременности	46,2**	31,4**	20
Угроза прерывания беременности	17,9**	18,62**	4,5
Сильные переживания и стрессы	42,7**	46,6**	22,9
Нежеланная беременность	21,8	26,5*	14,4

Примечание: \*p <0,05, \*\*p <0,01 по сравнению с контролем.

ствия биологических, психологических и социальных факторов [7, 9, 12, 14]. Часто СВД рассматривают как этап патогенеза ПСР [3, 6], поэтому их своевременное лечение будет препятствовать хронизации процесса и развитию социально-психологической дезадаптации.

Целью нашего исследования было выявление особенностей этиопатогенеза СВД и ПСР у подростков.

Обследованы 426 подростков и их семей. Основная группа – 321 пациент Кировской детской городской клинической больницы, включавшая две подгруппы: 117 (36,5%) подростков с СВД (F 45) и 204 (63,5%) – с ПСР (F 54), включая 49 человек (24,0%) с бронхиальной астмой, 67 (32,8%) – с артериальной гипертензией, 77 (37,8%) – с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 11 (5,4%) – с нейродермитом; средний возраст 15,1±1 лет.

а также экспериментально-психологические методы: тест «Шкала самооценки» Е.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге в адаптации Т.И. Балашовой, Торонтская алекситимическая шкала, патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко [11, 14].

Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием t-критерия Стьюдента и Фишера (SPSS for Windows, vers. 11). Критерием статистической достоверности считали величину p <0,05.

К биологическим факторам, оказавшим влияние на формирование СВД и ПСР, относятся, прежде всего, наследственность и наличие перинатальной патологии центральной нервной системы (табл. 1).

Наследственная предрасположенность к

Таблица 2

**Частота выявления особенностей семейного воспитания у подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД) и психосоматическим расстройством (ПСР), %**

Показатель	СВД	ПСР	Здоровые подростки (контроль)
Частота нарушений в целом	58,3**	54,7**	20
Потворствующая гиперпротекция	29,1**	10,5*	2,9
Доминирующая гиперпротекция	17,1*	31,2**	5,7
Неустойчивый стиль воспитания	5,1	4,9	6,7
Гипопротекция	3,4	2,7	4,5
Повышенная моральная ответственность	7,7*	4,4	0
Жестокое обращение	0,9	0,5	0
Эмоциональное отвержение	1,7	0,5	0

Примечание: \*p <0,05, \*\*p <0,01 по сравнению с контролем.

Контрольную группу составили 105 подростков с первой группой здоровья, учащихся средних школ г. Кирова; средний возраст 15,1±1 лет.

Применяли клинико-психопатологический метод исследования, анкетирование,

возникновению соматических заболеваний выявлена у 72 (61,5%) подростков с СВД и у 124 (60,63%) – с ПСР, что достоверно выше (p ≤0,05), чем у здоровых подростков – 31 (29,5%) человек. Не выявлено достоверных различий по частоте перинатальных

Частота выявления нарушений психоэмоционального статуса у подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД) и психосоматическим расстройством (ПСР), %

Показатель	СВД	ПСР	Здоровые подростки (контроль)
Реактивная тревожность	12,0**	15,7**	0,95
Личностная тревожность	50,4*	52,94*	25,7
Депрессия	11,1**	18,8**	0,95
Алекситимия	41,1**	49,5**	13,3

Примечание: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$  по сравнению с контролем.

и наследственных факторов риска между пациентами первой и второй подгрупп основной группы, что подчёркивает равную значимость данных факторов для возникновения СВД и ПСР.

Фактором, во многом определявшим особенности реагирования на внешние обстоятельства, был стиль воспитания в семье (табл. 2). Деадаптивные стили семейного воспитания (потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, воспитание в режиме повышенной моральной ответственности) были выявлены в 66 (56,3%) семьях подростков с СВД, в 112 (54,9%) – с ПСР, в 23 (20,0%) – в контрольной группе ( $p \leq 0,05$ ). Нарушения в системе детско-родительских отношений отмечены в 79 (67,5%) семьях подростков с СВД, 132 (64,7%) – с ПСР, 29 (24,8%) – контрольной группы ( $p \leq 0,05$ ).

Наличие психотравмирующих ситуаций, способствовавших дестабилизации эмоционального состояния, было выявлено у 76 (64,9%) пациентов с СВД, 108 (63,3%) – с ПСР, 21 (18,1%) – контрольной группы ( $p \leq 0,01$ ). К наиболее значимым психотравмирующим ситуациям относились: неблагоприятные события в школе, которые отметили 16 (13,7%) подростков с СВД и 23 (11,3%) с ПСР, а также 3 (2,9%) здоровых подростка ( $p \leq 0,01$ ); конфликты в семье – 53 (45,2%) подростка с СВД, 96 (44,7%) с ПСР и 5 (4,5%) здоровых ( $p \leq 0,01$ ); развод родителей – 40 (34,2%) с СВД, 61 (29,9%) с ПСР и 7 (6,7%) подростков первой группы здоровья ( $p \leq 0,05$ ). Психотравмирующие ситуации встречались у подростков с СВД и ПСР с одинаковой частотой, то есть фактор психологической травмы имел значение как на этапе первичных вегетативных нарушений, так и в последующем при развитии ПСР.

Психологическими факторами, обуславливающими развитие СВД и ПСР за счёт

типа реагирования и ограниченности адаптивных стратегий поведения, были также характерологические особенности. У подростков как с СВД, так и с ПСР достоверно преобладала по сравнению с контрольной группой частота акцентуаций сенситивного (21,4% подростков с СВД, 14,1% с ПСР и 2,9% здоровых) и психастенического (11,9% подростков с СВД, 18,2% с ПСР и 0% здоровых) типов ( $p < 0,05$ ).

У пациентов с СВД и ПСР достоверно чаще, чем у подростков из контрольной группы, выявляли высокие показатели реактивной личностной тревожности, депрессии и алекситимии ( $p < 0,01$ ). Преобладание высоких показателей личностной тревожности у подростков как с СВД, так и с ПСР доказывает её значимость в возникновении невротических вегетативных реакций, а затем и органических нарушений в ответ на воздействие психологической травмы. Достоверность различий между подгруппами основной группы (с ПСР и СВД) не подтверждена (табл. 3). Это позволяет расценивать их как звенья единого патогенетического процесса, в ходе которого по мере формирования ПСР аффективные нарушения усугубляются.

## ВЫВОДЫ

1. Проведённое исследование подтверждает многофакторность патогенеза ПСР (выявлена значимость биологических, психологических и социальных факторов).

2. В случае остановки развития заболевания на стадии СВД (вторая стадия реакции на стресс – стадия резистенции) включаются стратегии совладания со стрессом за счёт более широкого спектра адаптивных реакций.

3. При развитии ПСР из-за узости и ограниченности адаптивных реакций разворачивается третья стадия реакции на стресс – истощение.

4. Всё это подтверждает необходимость раннего выявления СВД и ПСР для проведения комплексного лечения, включающего личностно-ориентированную психотерапию, направленную на развитие адаптивных механизмов совладания со стрессом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А., Аведисова А.С. Терапия депрессий, протекающих с соматовегетативными расстройствами // Психиатр. и психофармакол. — 2003. — Т. 6, №1. — С. 10-13.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. — СПб.: Речь, 2002. — 556 с.
3. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. — М.: Информационные технологии, 2001. — 199 с.
4. Березанцев А.Ю. Некоторые актуальные вопросы психопатологии телесной сферы // Рос. психиатр. ж. — 2000. — №6. — С. 11-18.
5. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы // Социальн. и клин. психиатр. — 2006. — Т. 15, вып. 4. — С. 79-91.
6. Довженко Т.В. Взаимосвязь аффективных и сердечно-сосудистых расстройств // Социальн. и клин.

- психиатр. — 2006. — Т. 15, вып. 3. — С. 69-80.
7. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. — СПб.: Питер, 2000. — 508 с.
8. Калачёва И.О., Карнаухова Е.Н. Психогенные расстройства у детей и подростков // Психиатр. и психофармакотерап. — 2003. — Т. 5, №1. — С. 23-25.
9. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1998. — Т. 98, вып. 11. — С. 30-32.
10. Корнетов Н.А., Корнетов А.Н., Попова Г.А. Сравнительная оценка распространённости депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара // Социальн. и клин. психиатр. — 2006. — Т. 15, вып. 3. — С. 30-34.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под. ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: БАХРАХ, 1998. — 672 с.
12. Сидоров П.И., Соловьёв А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / Под ред. П.И. Сидорова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 568 с.
13. Смуглевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. — М.: Берег, 2000. — 160 с.
14. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. — М.: Изд. института психотерапии и клинической психологии, 2006. — 275 с.
15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. Концепция соматизации: история и современное состояние // Социальн. и клин. психиатр. — 2000. — №4. — С. 81-97.

УДК 616.839: 616.24002.5084072.6: [612.897 + 612.819.9]

Т13

## ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА ПРИ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКЕ ПО МЕТОДУ МАНТУ И С ПОМОЩЬЮ ПРИК-ТЕСТА

Елена Александровна Бородулина\*, Ольга Сергеевна Козлова, Юлия Петровна Середина, Василий Викторович Королёв, Василий Фёдорович Пятин, Евгения Андреевна Амосова

Самарский государственный медицинский университет

#### Реферат

**Цель.** Оценка динамики вегетативного баланса у детей при туберкулинодиагностике (пробе Манту и прик-тесте) с помощью исследования вариабельности сердечного ритма.

**Методы.** У 30 детей (14 мальчиков и 16 девочек) в возрасте 7,5±0,54 лет регистрировали параметры вариабельности сердечного ритма до и во время пробы Манту и прик-теста.

**Результаты.** Сравнительный анализ проводимых методик выявил преимущества методики прик-тест: во время постановки пробы методом прик-теста прирост пульса у всех детей на 53% меньше, симпатическая активация регуляции деятельности сердца по параметру  $NN_{50}$  (количество пар кардиоинтервалов, отличающихся от соседних более чем на 50 мс) на 35% меньше, активность симпатического и парасимпатического тонуса на 32 и 15% меньше, чем во время пробы Манту. Индекс напряжённости регуляторных систем во время прик-теста на 25% меньше, чем во время обычной туберкулиновой пробы, выполненной шприцем.

**Вывод.** При выполнении прик-теста выявлена общая тенденция сохранения вагусного влияния на сердечную деятельность детей в отличие от пробы Манту; методика введения туберкулина с помощью прик-теста сопряжена с меньшим развитием психоэмоционального стресса у детей.

**Ключевые слова:** вариабельность сердечного ритма, вегетативный баланс, прик-тест, проба Манту, туберкулинодиагностика.

**FEATURES FOR THE AUTONOMIC BALANCE DURING TUBERCULIN DIAGNOSIS IN ACCORDANCE WITH THE MANTOUX METHOD AND USING THE SKIN PRICK TEST** E.A. Borodulina, O.S. Kozlova, Yu.P. Seredina, V.V. Korolev, V.F. Pyatin, E.A. Amosova. Samara State Medical University, Samara, Russia. **Aim.** To evaluate the dynamics of the autonomic balance in children during tuberculin diagnosis (Mantoux test and skin prick test) by investigating the heart rate variability. **Methods.** In 30 children (14 boys and 16 girls) aged 7.5±0.54 years the parameters of heart rate variability were recorded before and during the Mantoux test and skin prick test. **Results.** The comparative analysis of the used diagnostic