

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

В.И. Окладников, Е.С. Соловьева, И.М. Михалевич

(Кафедра нервных болезней Иркутского государственного мединститута—
зав.каф., проф. Окладников В.И.
Вычислительный центр Иркутского госуниверситета —
директор В.Б. Манцивода)

Резюме. Изучена распространенность синдрома вегетативной дистонии (СВД) среди 1225 человек с помощью экспериментально-эпидемиологического метода. Установлено, что доля пациентов составляет в среднем 55%. Математическая обработка с помощью дискриминантного анализа позволила выделить среди изученного контингента 8 вариантов СВД. К ним относятся следующие синдромы: преимущественно периферических вегетативных нарушений, дыхательных расстройств, нейрогенной дисфункции желудочно-кишечного тракта, цефалгический, астенический, нейрогенных кардиоваскулярных нарушений, диссомнический и липотимический синдромы. Выделение вариантов вегетативно-эмоциональных нарушений на ранних этапах развития СВД позволяет проводить дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия.

Большая распространенность синдрома вегетативной дистонии (СВД) в популяции ставит исследования в этой области в ряд приоритетных направлений современной медицины. СВД является ключевым симптомокомплексом при многих заболеваниях нервной системы, а также при заболеваниях внутренних органов психогенной природы [4]. Распространенность соматизированных эффективных и невротических нарушений достигает 51,6% [1] не менее 30% больных, обращающихся в медицинские учреждения с соматическими жалобами, страдают неврозами, а 25% пациентов с соматическими страданиями имеют невротические наслоения [6]. В последние годы отмечен патоморфоз клинических проявлений ряда психогенных заболеваний, обусловленный как общей эволюцией нервной системы, так и из-

менениями реактивности организма, режима питания, снижением частоты и тяжести детских инфекций, акселерацией и другими факторами [7]. Этот патоморфоз может проявляться изменением распространенности и структуры СВД. Все это свидетельствует об актуальности проблемы.

Материалы и методы

Данное сообщение основано на изучении 1225 человек с помощью экспериментально-эпидемиологического метода, предложенного лабораторией вегетативной патологии 1 ММИ [4]. В соответствии с задачами исследования нами были добавлены к стандартной анкете вопросы о привычных интоксикациях, наследственном отягощении и перенесенных ранее заболеваниях.

Были исследованы взрослые трудоспособные люди, не имеющие острых и инвалидизирующих заболеваний, работающие на различных предприятиях Иркутской области.

Материал эпидемиологического исследования был подвергнут математической обработке с помощью дискриминантного анализа [2]. Компьютерная программа позволяет определить статистические данные как для выборки в целом, так и для каждой изучаемой группы в отдельности, а также стандартные отклонения и коэффициенты корреляции между изучаемыми признаками во всех группах. Дискриминантный анализ дает возможность изучить различия между группами по нескольким переменным одновременно.

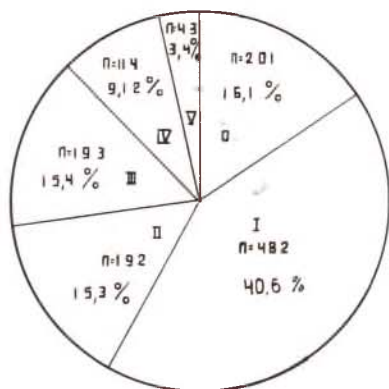
Результаты исследования

Проведенные исследования трудовых коллективов ряда предприятий Иркутской области

Таблица 1

Контингент обследованных эпидемиологическим методом

№	Наименование	Здоровые			СВД			Общее число			Доля СВД в %
		Ж	М	всего	Ж	М	всего	Ж	М	всего	
1	Сосновская птицефабрика	8	14	22	75	6	81	83	20	103	78,6
2	Радиозавод (Иркутск)	12	29	41	72	38	110	84	67	151	72,8
3	Совхоз «Ользоны»	13	9	22	33	12	45	46	21	67	67,2
4	Фармхимкомбинат (Усолье-Сибирское)	49	43	92	119	17	136	168	60	228	59,6
5	Совхоз «Пурсей» (Братск)	34	4	38	48	1	49	82	5	87	56,3
6	ПО «Химпром» (Усолье-Сибирское)	95	210	305	154	76	230	249	286	535	42,9
7	Ветераны войны в Афганистане	—	31	31	2	21	23	2	52	54	42,6
		211	340	551	503	171	674	714	511	1225	
Средняя величина 55%											



0 группа	X=0 баллов		
I	X=12,25	m=0,09	
II	X=27,83	m=0,61	
III	X=38,88	m=0,75	
IV	X=41,5	m=0,98	
V	X=38,3	m=1,99	

Рис. 1. Распределение изученного контингента по группам

показали, что доля пациентов с СВД в популяции составляет в среднем 55%, колеблясь в различных группах населения от 42,6% до 78,6% (табл. 1).

На основании расчетов, проведенных с помощью дискриминантного анализа, изученный контингент можно разделить на 5 групп (рис. 1).

0 группа — это здоровые люди, не имеющие жалоб в вегетативной сфере.

I группа характеризуется минимальными проявлениями вегетативной патологии (12, 25 баллов). В группе преобладают мужчины. Средние значения для большинства признаков вегетативных нарушений в этой группе достоверно меньше средних значений общей выборки.

II группа состоит преимущественно из женщин. Балльная оценка (27,83) свидетельствует о выраженной вегетативной патологии среди пациентов этой группы.

III группа состоит также преимущественно из женщин, она по большинству признаков отличается от общей выборки. Повышение среднего балла вегетативных нарушений до 38,8 свидетельствует о нарастании патологического процесса в группе.

IV группа также состоит главным образом из женщин. Высокий средний балл — 41,5 — говорит о выраженности вегетативных нарушений в группе.

V — условная, неклассифицируемая группа составляет 3,4%. Она характеризуется наряду с высоким баллом вегетативной патологии (38,3) большим разбросом клинических характеристик и статистических показателей. В данном сообщении эта группа исключена из дальнейшего анализа.

Соотношение между группами отражено в рис. 2. По вертикальной оси дана балльная оценка выраженности СВД, по горизонтальной — расстояния между группами в условных единицах.

Клиническим содержанием выявленной закономерности являются варианты СВД, которые также приведены на рис. 2.

Для I группы наиболее значимым является синдром преимущественно периферических вегетативных нарушений. К ним относятся: наклонность к покраснению или побледнению лица, изменение окраски кистей и стоп, онемение или похолодание пальцев, повышенная потливость.

В II группе ведущую роль играет синдром дыхательных нарушений: ощущения затруднения при дыхании, чувство «нехватки» воздуха, учащенное дыхание.

В III группе представлены следующие СВД: нейrogenная дисфункция желудочно-кишечного тракта, цефалгический и астенический синдромы.

IV группу составляют нейrogenные кардиоваскулярные нарушения, диссомнический и липотимический (пресинкопальный) синдромы. Липотимия характеризуется чувством, что пациент может потерять сознание, это чаще наблюдается в душном помещении, при волнении, при длительном пребывании в вертикальном положении.

Кривая, представленная на рис. 2, является математической моделью, отражающей общую тенденцию формирования вегетативно-эмоциональных синдромов. Возможные варианты продолжения этой кривой могут характеризовать клиническое течение вегетативной патологии: а — обратное развитие СВД, улучшение

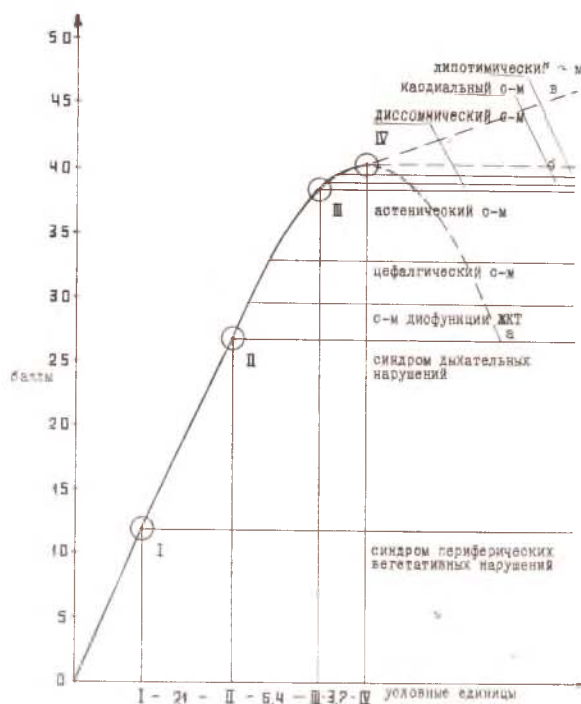


Рис. 2. Клинические варианты СВД

состояния пациента; б — заболевание приобретает затяжное, хроническое течение; в — прогрессирование вегетативно-соматических нарушений, формирование невроза или соматического заболевания нейрогенной природы.

Обсуждение результатов исследования

Активное выявление СВД на ранних стадиях патологии, когда пациент еще не считает себя больным и не обращается за медицинской помощью, является актуальной проблемой здравоохранения.

Полученные данные свидетельствуют, что патоморфоз СВД действительно имеет место, что представления о распространенности, структуре и клинических проявлениях вегетативных нарушений требуют постоянного изучения и коррекции.

Выделение ведущих вариантов СВД не противоречит концепции о комплексном, многомерном характере вегетативной патологии в рамках единой нозологической формы — невроза. Создается впечатление, что врачу приходится иметь дело с различными клиническими вариантами и стадиями развития одной нозологической сущности, этиологией которой является сочетание эндогенных и экзогенных факторов.

Представление о патогенезе заболевания строится на идеях нервизма, дополняемых современными данными о роли лимбико-ретикулярного комплекса, вегетативной и эндокринной систем в генезе кортико-висцеральных расстройств [1, 4]. Их патофизиологический механизм отражает концепция о генераторе патологически усиленного возбуждения, формирующемся под воздействием экзогенных и эндогенных факторов, который, преодолевая механизмы регуляции и тормозного контроля в центральной нервной системе, образует группу гиперактивных нейронов, способных взаимно активировать друг друга и работать в автономном режиме [5]. С вовлечением в процесс других образований головного мозга выявляется патологическая детерминанта, действующая на внутрисистемном уровне. Вначале она активируется специфическими стимулами, затем — стимулами различной модальности и является ключевым и наиболее резистентным звеном.

патологической системы. Последняя связана с периферическими органами — мишенями, вызывая изменения их функций. Реализуясь на уровне системных отношений, патологическая система оказывает дизадаптивное или патогенное влияние на деятельность организма [5]. Укрепляясь с течением времени, патологическая система становится ядром устойчивого патологического состояния [3].

Выявление вариантов вегетативно-эмоционального синдрома на ранних этапах формирования патологической системы позволяет проводить дифференцированные лечебные и профилактические мероприятия, предупреждать развитие органических форм патологии, контролировать процесс реадaptации.

Эта проблема имеет как практическую сторону, так и большую теоретическую значимость, так как она связана с фундаментальными вопросами медицинской науки

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. // Пограничные психические расстройства. — М., 1993. — 398 с. 2. Анисенко В.П., Михалевич И.М. // Программа статистической обработки результатов классификации: Информационный листок о научно-техническом достижении. — Иркутск: ЦНТИ. — 1981. — № 81-32. — 4 с. 3. Бехтерева Н.П., Камбарова Д.К., Поздеев В.К. // Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга. — Л., 1978. — 237 с. 4. Вейн А.М. и соавт. // Заболевания вегетативной нервной системы. — М., 1991. — 623 с. 5. Крыжановский Г.Н. // Журн. невропатол. и психиатр. — Генераторные, детерминантные и системные механизмы расстройств ЦНС. — 1990. — № 10. — С. 3. 6. Тополянский В.Д., Струковская М.В. // Психосоматические расстройства. — М., 1986. — 384 с. 7. Шостакович Б.В. // О роли социальных факторов в патоморфозе психогенных расстройств. — Материалы научно-практической конференции. — Воронеж, 1982. — Вып. 1. — С. 36—39

SUMMARY

The epidemiology of vegetative dystonia syndrome (VDS) was studied with the help of experimental epidemiological method to examine 1225 people. Among the 55% were patients with VDS. Mathematical discriminant analysis helped to distinguish 8 variants of VDS. They include the following: syndrome of prevailing peripheral vegetative disorders, dyspnoe syndrome, neurogenical gastro-intestinal disorders, cephalalgical syndrome, asthenic syndrome, neurogenical cardiovascular dysfunction, dissonmic and lipothimic syndromes. Diagnosis of these disorders in early periods of VDS helps to recommend and use the differential treatment of patients.

© СИЗЫХ Т.П., ЕФИМОВА Н.Ю., 1994

УДК 616. 248—092

НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИКЕ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Т.П. Сизых, Н.Ю. Ефимова

(Иркутский государственный медицинский институт,
кафедра госпитальной терапии — зав. каф., проф. Т.П. Сизых)

Резюме. Аспириновая бронхиальная астма — это клинко-патогенетический вариант бронхиальной астмы, характеризующийся непереносимостью аспирина и нестероидных противовоспалительных препаратов. В ряде случаев аспириновая астма сочетается с полипозом носа. Нами доказано, что, наряду с вышеперечисленными тремя синдромами, при аспириновой бронхиальной астме имеется четвертый синдром — гепатобилиарный, характеризующийся наличием признаков цитолиза и холестаза, нарушением поглотительно-выде-

лительной и дезинтоксикационной функций печени. АА является синдромом особого варианта гепатоза, приводящего в системе монооксигеназ к замедлению биотрансформации аспирина, НПП, БАВ.

В настоящее время бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания [8]. Аспириновая бронхиальная астма (АА) представляет собой отдельный клинко-патогенети-