

тервалов, быстрого затухания автокоррелограмм, НЧК и СЧК в спектре сердечного ритма и ЧСС наблюдались в условиях монокулярного зрения после задач с уровнем выполнения 59%.

Таблица

Число случаев (%) с параметрами сердечного ритма до и после выполнения задачи (* – монокулярное восприятие)

Параметры кардиоритма	Мужчины		Женщины	
	Средний уровень выполнения задач (в %)			
	48,3 %	53,8 % *	63,5 %	59 % *
Наличие выраженной моды на гистограмме	до 93,3 после 100	77,3 * 77,3 *	53,3 80	33,3 * 33,3 *
Величина дисперсии кардиоинтервалов	до 80 после 66,7	60 * 60 *	22,7 46,7	46,7 * 60 *
Первое отрицательное значение коэф-та автокорреляции	до 46,7 после 53,3	46,7 * 53,3	46,7 66,7	53,3 * 60 *
Быстрое затухание автокоррелограммы	до 40 после 46,7	46,7 * 40 *	77,3 20	40 * 33,3 *
НЧК кардиоритма	до 66,7 после 80	77,3 * 86,7 *	66,7 80	80 * 86,7
СЧК кардиоритма	до 80 после 86,7	93,3 * 86,7	60 66,7	53,3 * 80 *
ВЧК кардиоритма	до 40 после 26,7	33,3 * 33,3 *	66,7 46,7	40 * 46,7 *
ЧСС, уд . в мин.	до 78,9 после 79,5	73,2 * 73,6 *	74,5 75,8	76,7 * 77,3 *
СКО, мс	до 48,4 после 49,5	55,5 * 57,8 *	78,9 71,6	64,5 * 65,1 *
ИН, у.е.	до 102,3 после 117,3	86,2 * 72 *	52,8 61,5	57,5 * 65,1 *

Результаты. Выполняемая испытуемыми сенсомоторная конструкторская задача включала в себя восприятие и выделение ведущих зрительных параметров отдельного элемента мозаики, поиск нужного участка в мозаике и помещение элемента на этот участок. Вариантом решения являлся поиск нужного элемента по частично собранной мозаике. Сборка мозаики могла идти как от общего к частному, так и от частного к общему. Эффективность выполнения задания зависела от мотивации ее решения, полноты зрительного образа, общего рисунка частично собранного изображения и времени выполнения задания.

Уровень личностной тревожности выше у женщин по сравнению с мужчинами. Эффективность сборки мозаик у женщин несколько выше, чем у мужчин вне зависимости от условий восприятия. Успешность выполнения целенаправленного поведения была выше у женщин в условиях бинокулярного, а у мужчин – монокулярного зрения. Лучшие показатели конструкторской зрительно-моторной деятельности женщин, возможно, связано с особенностью мозаик, имеющих цветное сюжетное изображение. Зрительное распознавание и решение этого вида задач в большей степени соответствует формированию сенсомоторной интеграции у испытуемых женского пола. Мужчины по сравнению с женщинами лучше опознают сплошные и частично замаскированные зрительные фигуры [6], выполняют мысленный поворот изображения [11, 12, 14], лучше распознают в эксперименте состояние гнева и страха по лицевой экспрессии [9]. К нейрофизиологическим особенностям центральных процессов восприятия можно отнести различия латентных периодов и амплитуд вызванных потенциалов мозга на зрительные раздражители [13].

Анализ электрокардиограмм при бинокулярном зрении исходно и сразу после сборки мозаик показал, что выраженная мода на гистограмме кардиоинтервалов, величина «кучности» их распределения, значение СЧК, ЧСС, ИН выше у мужчин, а значения ВЧК, СКО и быстрого затухания автокоррелограммы – у женщин. При монокулярном зрении исходно и сразу после сборки выраженная мода на гистограмме кардиоинтервалов, «кучность» их распределения, значение СЧК, быстрого затухания автокоррелограммы, ИН выше у мужчин, а первое отрицательное значение коэффициента автокорреляции, ВЧК, ЧСС и СКО – у женщин. Амплитуда моды наиболее часто встречающихся кардиоинтервалов, СКО сердечного ритма, ИН регуляторных систем, «кучность» распределения кардиоинтервалов являются показателями активности симпатической нервной системы [5, 7]. Выраженность ВЧК, СКО, отрицательных значений автокоррелограммы при ее первом отклонении с последующим быстрым

затуханием – «маркёры» активного состояния парасимпатической нервной системы [8, 10, 14]. По этим критериям у мужчин в регуляции сердечного ритма преобладают симпатические, а у женщин – парасимпатические влияния. Эффективность решения зрительно-моторных задач требует внимания, которое у женщин сопровождается усилением ВЧК в спектре сердечного ритма, коррелирующих с гамма-активностью и депрессией электроэнцефалограммы [5]. Различия в структуре сердечного ритма у мужчин и женщин при решении зрительно-моторных задач определяется особенностями мобилизации центральных интеграций для достижения результата.

Литература

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем.– М.: Наука, 1980.– 198 с.
2. Баевский Р.М. и др. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.– М.: Наука, 1984.– 222 с.
3. Глезер В.Д. Зрение и мышление.– СПб: Наука, 1993.– 283с.
4. Горбунов В.В. // Физиология человека.– 1994.– Т.23, №5.– С. 40–43.
5. Данилова Н.Н., Астафьев С.В. // Ж. высшей нервной деятельности.– 2000.– Т.50, №5.– С.791–804.
6. Каменкевич В.М., Шевелев И.А. // Ж. высшей нервной деятельности.– 2002.– Т.52, №1.– С.25–30.
7. Коркушко О.В. и др. // Физиология человека.– 1991.– Т.17, №2.– С.31–39.
8. Мельников А.Х. Очерки интегративной диагностики.– Тула, 1997.– С. 176.
9. Михайлова Е.С. и др. // Ж. высшей нервной деятельности.– 2001.– Т.51, №4.– С. 443–451.
10. Ноздрачев А.Д., Щербатых Ю.В. // Физиология человека.– 2001.– Т.27, №6.– С.95–101.
11. Delgado A.R, Prieto G.// Mem.Cognit.– Vol. 5.– P.504–510.
12. Masters M.S.// Mem. Cognit.– 1998.– Vol.26.– P.445–485.
13. Orosco S., Ehlers C.L.// Biol.Psychiatry.– 1998.– Vol.44.– P.281–289.
14. Richardson J.T.// J.Percept. and Motor Skills.– 1994.– Vol. 78.– P.435–448.

THE PECULIARITY OF THE SENSMOTOR ACTIVITY AND HEART RATE VARIABILITY IN MEN AND WOMEN UNDER DIFFERENT CONDITIONS OF VISUAL PERCEPTION

V.V.ANDRIANOV, N.A.VASILYUK

Summary

Heart rate variability was studied in 60 subjects (30 males and 30 females) before and after the assembling of a single-type color mosaic. There were two groups of men and women: 1.those with normal binocular vision and 2.those with monocular vision. One can assume that heart rate variability during the performance of the standard visiomotor task by different subjects reflects various modes of participation of the cardiovascular system in successful achievement of the useful adaptive result.

Key words: intervalogramm, right eye, left eye, men, women.

УДК 616.89

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

М.М. ОЛЕЙНИКОВА*

Введение. Всякая болезнь по своей сути есть приспособительное явление, форма патологической адаптации; любое реагирование организма всегда носит индивидуально-приспособительный характер, и только совокупность повреж-

* 301670 Тульская обл., г. Новомосковск МУЗ НГКБ veni@newmsk.tula.net. тел. 6-10-82

дающих факторов, условий повреждения и защитных механизмов определяет степень «болезненности» проявлений. В конечном итоге наиболее существенным является даже не характер заболевания, а степень адаптации (дизадаптации) индивида в конкретных условиях, особенно актуально в положении современного человека, переживающего разноплановый многолетний стресс с наслаиванием друг на друга последствий и непосредственных реакций на него [6]. Нозологические формы патологии являются результатом срыва или недостаточности адаптации. В ряде работ [1] показана приоритетность использования уровневой оценки психического состояния с выделением трех уровней психических расстройств и изменений: психологического, невротического и психотического. Другие авторы предлагают синкретную модель пограничных состояний (с еще более подробным разделением) в виде континуума от здоровья как всецело доминирующего статуса к напряжению психической адаптации (психоадаптационные состояния) и последующему срыву психического приспособления (психодизадаптационные состояния, или донозологический уровень), далее – к клинически развернутым формам неврозов, психопатий, а затем – к затяжным состояниям «нарушенной адаптации». В психиатрии вегетативные дисфункции издавна относились к категории невротических и аффективных расстройств. В современной классификации МКБ-10 нейроциркуляторная дистония (НЦД) относится к кластеру невротических и соматоформных расстройств. Эти расстройства занимают положение между соматической и психической патологией, сохраняя свое самостоятельное клиническое значение. При этом дискуссионным остается вопрос о нозологической принадлежности НЦД – одни авторы склонны рассматривать ее как самостоятельную клиническую единицу [10], другие же – как неспецифический синдром [4]. В отечественной терапевтической школе была разработана концепция нозологической самостоятельности НЦД наряду с признанием возможности трактовки этого расстройства на синдромальном уровне. Большая группа расстройств сердечно-сосудистой системы (ССС) объединена понятием НЦД. Все исследователи этой проблемы отмечали влияние эмоционально-волевой патологии на клинику НЦД [4], вегетативная патология может выступать в роли патофизиологического фактора, т.е. видоизменяющего клинику психического расстройства («фактора риска») [9]. Раннее распознавание заболеваний всегда представляло одну из важнейших задач научных исследований в медицине. Развитие представлений о преморбидных состояниях, субклинических формах болезней, латентных стадиях заболеваний способствовало ориентации врачебного мышления прежде на профилактические, а затем уже на лечебные мероприятия.

Цель работы – изучение модели психосоматических расстройств у лиц с НЦД на основании анализа психофизиологических, клинических характеристик с уточнением роли психологических факторов в формировании признаков заболевания.

На 1-м этапе исследования вели сравнительный анализ клинических, соматических, психофизиологических признаков в группе здоровых лиц (I группа) и пациентов НЦД (II группа). На 2-м этапе с помощью корреляционного анализа проводили изучение психосоматических связей между психологическими факторами и клиническими признаками заболевания у пациентов НЦД.

Объект и методы. Для изучения модели психосоматических расстройств у лиц с функциональными расстройствами CCC в исследование включены 2 группы:

Группа I, в которую включены 27 практически здоровых лиц (контрольная группа – КГ), студенты заочного факультета психологии Российской академии образования, 14 чел. (51,81 %) при обучении получали второе высшее образование. Средний возраст обследованных 32,11±5,40 года, мужчины – 6 чел. (22,22%), женщины – 39 чел. (73,58%). В анамнезе, кроме простудных заболеваний и детских инфекционных заболеваний, патологии не было. Жалоб на самочувствие нет. Имели факторы риска сосудистой патологии (генетическая предрасположенность по АГ и ИБС – 6 чел. (22,22%), курение – 11 чел. (40,74%).

Группа II (основная группа – ОГ) – 53 пациента НЦД, в среднем возрасте 34,5±5,15 лет, из которых женщины составили 39 чел. (73,58 %), мужчины – 14 чел. (26,42%). Давность заболевания составила 2,12±1,23 года. Большинство больных имели модифицированные и немодифицированные факторы риска сосудистой патологии: генетическая отягощенность по АГ и ИБС – 12 чел. (22,64 %), курение – 21 чел. (39,62%). В 50,95% (27 случаев) заболевание НЦД дебютировало в связи с соматогенны-

ми воздействиями (острой респираторной инфекцией, физическим перенапряжением, влиянием метеофакторов), связь расстройства с интеллектуальными нагрузками – в 6 случаях (11,32%), в 16 случаях (30,19%), речь шла о ситуационной стрессовой ситуации. В 4 случаях (7,54%) – заболевание возникло спонтанно, вне связи с каким-либо воздействием. К психиатру обращались 3 пациента (5,66%), к невропатологу – 31 (58,30%), к кардиологу – 39 (73,85%), к терапевту – 9 (16,98%). Расстройства психической сферы в группе не превышали субклинического уровня, их возникновение не связано с обращением к психиатру. По клиническим проявлениям эоны представлены чаще астеническими, и депрессивными, тревожно-фобическими реакциями.

Таблица 1

Сравнительный анализ клинических признаков заболевания по данным инструментальных методов в ОГ и КГ, (M±m, n=80)

Показатели	КГ (n=27)	ОГ (n=53)
УЗИ сердца		
КДР, см	4,11±0,56	4,34±12,54
КСР, см	3,41±0,41	3,38±0,21
ФВ, %	63,11±2,25	63,98±2,54
Ао, см	2,65±0,19	2,75±0,30
S, %	33,37±3,50	32,04±2,87
УО, мл	69,33±4,49	68,32±4,46
МЖП, см	0,86±0,07	0,92±1,13
ЭКГ-критерии, чел (%)		
Синусовый ритм, чел	25 (92,60%)	46 (86,79%)
Синусовая тахикардия, чел	1 (3,70%)	5 (9,13%)
Синусовая брадикардия	1 (3,70%)	3 (5,66%)
ВЭП		
ВЭП, Вт	143,52±16,40	141,51±20,77
Время ВЭП, мин	15,74±3,45	14,38±2,79
ХМ		
Глубина депрессии сегмента R(S)-T, мм	0,06±0,06	0,07±0,10
ЭП, кол-во	23,07±21,15	31,58±30,31
ЭЖ, кол-во	15,93±24,02	14,34±19,91
Д ЧСС мин, уд/мин	69,93±8,33	74,70±4,99*
Д ЧСС макс, уд/мин	92,07±11,42	89,88±11,17
Д ЧСС сред, уд/мин	74,56±6,96	78,64±7,21*
Н ЧСС макс, уд/мин	72,89±6,15	71,58±5,88
Н ЧСС мин, уд/мин	59,78±3,89	60,68±4,31
Н ЧСС сред, уд/мин	65,11±3,14	64,47±3,66
ФН ЧСС макс, уд/мин	120,67±17,30	123,28±17,85
ФН ЧСС мин, уд/мин	91,37±8,79	90,04±7,92
ФН ЧСС сред, уд/мин	84,48±7,73	87,94±7,84
ЭЭГ, чел (%)		
Норма	15 (55,56%)	18 (33,96%)
Ирритация	5 (18,52%)	11 (20,75%)
Дизритмия,	4 (14,81%)	13 (24,53%)
Гиперсинхронизация	3 (11,11%)	9 (16,98%)
Дезорганизация	-	2 (3,77%)
РЭГ, кол-во		
Норма	11 (40,74%)	12 (22,64%)
Снижение эластичности сосудов	4 (14,81%)	5 (9,43%)
Повышение сосудистого тонуса	6 (22,22%)	6 (11,32%)
Снижение сосудистого тонуса	3 (11,11%)	18 (33,96%)*
Сосудистая дистония	5 (18,52%)	8 (15,09%)
Венозный застой	5 (18,52%)	9 (16,98%)

Примечание: * – достоверные отличия P<0,05

УЗИ сердца вели на эхокардиографах Hewlett-Packard 770020 А (США) и Acuson 128 XP (США) из парастерального доступа в М- и В-режимах, с применением датчика 2,5 Гц. Велоэргометрическую пробу (ВЭП) проводили со ступенчато-возрастающей нагрузкой, начиная с 25 Вт в режиме непрерывно возрастающей нагрузки (каждые 5 минут на 25 Вт) с определением степени толерантности к физической нагрузке (ТФН) на стресс-системе с велоэргометром «Кардиовит-АТ-104» (2000). Холтеровское мониторирование (ХМ) проводили аппаратно-программным комплексом «Икар» (Медиком, Россия) с системой записи ЭКГ по 3 каналам в течение 24 час. и с автоматической обработкой данных с определением частоты сердечных сокращений (ЧСС) в дневное время (Д), ночное время (Н), при физических нагрузках (ФН). Электроэнцефалографию (ЭЭГ) – на ЭЭГ

Neurosystem (компьютерном диагностическом приборе для Windows-98/2000/XP с математическим анализом ЭЭГ).

Реоэнцефалографию вели на 6-канальном реографе «Реан-Поли (НИКФ «Медиком МТД», г. Таганрог) с автоматическим выделением репрезентативных РЭГ-паттернов. Психологическое состояние изучали по Миннесотскому анкетному тесту MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Тестировали показатели психической сферы, степени адаптированности, уровень тревоги и депрессии – по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS и шкалу Бэка (ШБ). Диагностику механизмов психологической защиты (МПЗ) вели с помощью стандартизованного опросника «индекс жизненного стиля» ИЖС [3, 8].

Методом идентификации вегетативного статуса с помощью комплексных шкал анкеты СВД исследовали клиничко-неврологическое состояние вегетативной нервной системы [5], статанализ вели с помощью пакета программ Statistica for Windows EP. Различия показателя определяли по t-критерию Стьюдента. Достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$. Для анализа психосоматических отношений, выявления связей между признаками применяли ранговый коэффициент корреляции Спирмэна; корреляционные зависимости рассчитывали по достоверности коэффициентов корреляции по П.Ф.Рокицкому [2].

Результаты. При сравнительном анализе клинических признаков заболевания по результатам инструментальных методов исследования, позволяющих выявить объективные признаки НЦД, учитывали, что при постановке диагноза НЦД решающее значение имеют жалобы больных в соответствии со сформировавшейся у них внутренней картиной болезни, при отсутствии клинических признаков заболевания, подтвержденных объективными методами исследования [4]. Различия признаков клинической адаптации у лиц с НЦД выявлено на базе сравнительного анализа инструментальных методов исследования (табл. 1).

По результатам исследования клинических признаков заболевания на основании сравнительного анализа инструментальных методов исследования выявлено достоверное повышение частоты сердечных сокращений в группе пациентов НЦД в дневное время Д ЧСС мин (КГ – $69,93 \pm 8,33$, ОГ – $74,70 \pm 4,99$) и Д ЧСС сред (КГ – $74,56 \pm 6,96$, ОГ – $78,64 \pm 7,21$). Результаты исследования свидетельствуют о повышении эрготропной активности сердечно-сосудистой системы у пациентов НЦД.

Некоторые авторы [7] отмечают, что в контроле синусового ритма с повышением роли центральных симпатико-адреналовых влияний играют роль признаки недостаточного сегментарного пара- и симпатического отделов вегетативной нервной системы. По результатам исследования РЭГ, достоверно выявлено, что пациенты НЦД с большей вероятностью подвержены феномену снижения сосудистого тонуса. В группах провели сравнительный анализ психической и социальной адаптации. Трудности диагностики НЦД усугубляются тем, что развитие соматического заболевания способствует возникновению расстройств психической адаптации, при этом невротические симптомы, могут быть «невротической» маской соматического заболевания. Сравнительный анализ преморбидных личностных характеристик, проведен с помощью тестовой диагностики MMPI (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ преморбидных личностных характеристик в КГ и ОГ по тестовой диагностике MMPI (M±m, n=80)

Шкалы профиля MMPI (балл.)	КГ (n=27)	ОГ (n=53)
1 шкала (ипохондри)	67,33±3,01	66,43±5,37
2 шкала (депрессии, тревоги)	67,59±4,47	70,34±4,14*
3 шкала (эмоциональной лабильности)	66,00±4,10	66,17±5,27
4 шкала (импульсивности)	67,37±4,10	69,25±2,81
5 шкала (женственности, мужественности)	64,19±2,51	65,04±2,54
6 шкала (ригидности)	66,70±5,25	68,68±3,37
7 шкала (тревоги, психастении)	66,63±4,33	68,36±3,86
8 шкала (индивидуалистичности)	66,15±2,85	66,83±3,55
9 шкала (гипертимии)	65,93±2,29	66,89±3,99
0 шкала (интроверсии)	65,56±1,89	65,32±2,03

Примечание: * достоверные различия $P < 0,05$

Сравнительный анализ преморбидных личностных характеристик пациентов ОГ с КГ выявил: профиль обеих групп не

выходит за рамки нормативного разброса (шкалы находятся в пределах 70 Т), за исключением 2 шкалы, с достоверными отличиями в группах. Это говорит о том, что у пациентов НЦД (ОГ) преобладают тревожно-депрессивные расстройства. Изолированное и умеренное повышение уровня профиля на 2-й шкале (КГ – $67,59 \pm 4,47$; ОГ – $70,34 \pm 4,14$) и отсутствие одновременного снижения его на 9-й говорят о преобладании тревоги, чем депрессии. Тревога – наиболее интимный механизм психического стресса и чаще лежит в основе психопатологических проявлений. Тревога имеет защитную функцию и может формировать включение защитных механизмов при нарушениях психического и физического гомеостаза, обеспечивающих ее минимизацию или устранение. Сравнительный анализ тревоги/депрессии в КГ и ОГ по тестовой диагностике HADS и ШБ представлен в табл. 3.

Таблица 3

Сравнительный анализ тревожности и депрессии в КГ и ОГ по тестовой диагностике HADS и ШБ в (M±m, n=80)

Показатели	КГ (n=27)	ОГ (n=53)
ШБ, 6	15,70±3,43	19,60±5,20*
ПТ, 6	14,37±2,83	17,36±3,40
СТ, 6	10,19±1,64	11,13±3,07*

Примечание: * – достоверные различия $P < 0,05$

По результатам сравнительного анализа в КГ и ОГ выявлено достоверное увеличение СТ по тестовой диагностике HADS и депрессии по ШБ у лиц ОГ. Симптомы ТДР является психическим эквивалентом соматизации (существующих длительное время и не поддающихся объективизации симптомов заболеваний) кардиалгий, приступов усиленных сердцебиений, головокружений, тошноты, слабости. Структуру механизмов психологической защиты изучали на основании сравнительного анализа механизмов психологической защиты (МПЗ) в КГ и ОГ.

В классическом психоанализе МПЗ рассматриваются как способы, направленные на уменьшение тревоги, представляя собой специфические бессознательные процессы, с помощью которых инстанция Я пытается сохранить интегративность и адаптивность личности. Психологическая защита понимается как система адаптивных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дизадаптивных компонентов отношений – когнитивных, эмоциональных, поведенческих с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию больного. Толкование защит опирается на представление о том, что МПЗ свойственны нормально функционирующей личности, если она использует большой спектр защит, применение которых не вызывает фиксации на проблеме и склонности к их ригидному повторению.

Сравнительный анализ МПЗ в КГ и ОГ по тестовой диагностике ИЖС см. в табл. 4.

Таблица 4

Сравнительный анализ МПЗ в КГ и ОГ по тестовой диагностике ИЖС (M±m, n=80)

Ведущие МПЗ	КГ	ОГ
Отрицание	4,26±1,23	4,98±1,62*
Вытеснение	2,89±1,48	4,70±1,77*
Регрессия	4,15±1,06	5,06±1,29*
Компенсация	3,11±1,40	4,06±1,49
Проекция	6,56±1,78	7,64±1,39*
Замещение	3,33±0,78	4,02±1,28*
Интеллектуализация	5,96±1,48	5,85±1,61
Реактивное образование	3,11±0,75	4,28±1,63*
СНЗ	4,17±1,39	5,07±1,20*

Сравнительный анализ МПЗ выявил общие закономерности: пациенты ОГ достоверно чаще используют спектр протективных МПЗ (отрицание, вытеснение, регрессия, проекция, замещение, реактивное образование), которые являются менее зрелыми и адаптивными, затрудняющими осознание внутриличностных конфликтов. В жизненных стереотипах присутствует неосознанное стремление к использованию примитивных, незрелых защитных реакций, свидетельствующих о возможности

разрешения внутреннего напряжения (тревоги) с помощью механизма соматизации. Зрелые МПЗ применяются лицами обеих групп с долей напряженности без достоверных отличий. Для оценки вегетативной нервной системы, имеющей формы соматизации, провели тестовую диагностику СВД (табл. 5).

Таблица 5

Сравнительный анализ признаков по тестовой диагностике СВД в ОГ и КГ (M±m, n=80)

Вегетативные симптомы по тесту СВД	КГ (n=27)	ОГ (n=53)
Снижение трудоспособности	2,15±1,66	4,25±1,97*
Эмоциональные нарушения	2,19±1,42	4,02±1,84*
Нарушение сна	2,30±1,44	3,83±1,88*
Нарушение аппетита	1,25±1,80	1,94±1,83
Изменение окраски кожных покровов	0,86±1,51	2,45±1,77*
Парестезии	0,43±1,03	2,57±1,74*
Нарушение терморегуляции	0,37±0,74	0,57±0,93
Изменение АД	2,52±1,58	3,74±1,87*
Цефалгии	1,15±1,41	3,70±1,78*
Респираторный синдром	0,48±0,70	3,47±1,51*
Кардиалгии	0,70±0,91	4,75±2,20*
Диспепсии	2,56±1,58	3,23±1,99
Суммарный индекс	17,04±7,25	37,62±12,17*

Примечание: * достоверные различия P<0,05

Результаты корреляционного анализа между психологическими характеристиками и факторами, отражающими клинические, вегетативные, соматические и социальные признаки заболевания (M±m, %, n=53)

Клинические факт.	r					
	Психологические факторы					
ЭхоКГ	депрес	СТ	ПТ	-	вытесн	-
Дисфункции ЛЖ	-	0,374286	0,4225495	-	0,421182	-
ХМ	депрес	СТ	ПТ	проек	регрес	-
ЭП	-	0,412241	0,35717	-0,412184	0,385197	-
ЭКГ	депрес	СТ	ПТ	замещ	-	-
БПНПГ	-	0,34226	-	-0,411446	-	-
ВЭП	депрес	СТ	ПТ	регрес	вытесн	реак обр
ВЭП, Вт	-0,560071	-0,421020	-0,330918	-0,322236	-0,414635	-0,42269
Время ВЭП, мин	-0,456022	-0,531192	-0,28576	-	-0,328177	-0,35853
РЭГ	депрес	СТ	ПТ	интеллект	вытесн	компенс
Снижение эласт.	0,37147	0,34914	-	-	0,315826	-0,34512
Сосудистая дистония	0,385663	-	-0,33505	-	-0,25798	-
Веноз. отток	-	-	-	-	-	-0,29561
Норма	-	-	-	0,428154	-	-

Таблица 6

Результаты корреляционного анализа между психологическими характеристиками уровня депрессии, СТ, ПТ, напряженности МПЗ с результатами теста СВД (M±m, %, n=53)

Фактор	r					
	Психологические факторы					
Группы	депрес	СТ	ПТ	отриц	вытесн	регрес
Показатели СВД-теста						
Снижение трудоспособности		0,379095	0,542105	-	-	0,324305
Нарушение сна	0,371096	0,475605	0,352943	-	-0,451223	-0,38792
Изменение АД	-	0,428787	-	-	-	0,352943
Головные боли	0,546481	0,379371	0,413042	-	-	-
Затруднение дыхания	-	0,419828	0,347135	-	-	-
Кардиалгии	0,697234	0,54561	0,501643	0,549626	0,435368	0,456327
Нарушение ЖКТ	-	-	0,416067	-	-	0,464517

В ОГ достоверно преобладают симптомы снижения трудоспособности (КГ – 2,15±1,66; ОГ – 4,25±1,97); эмоциональных нарушений (КГ – 2,19±1,42; ОГ – 4,02±1,84); изменения АД (КГ – 2,52±1,58; ОГ – 3,74±1,87); цефалгий (КГ – 1,15±1,41; ОГ – 3,70±1,78); кардиалгий (КГ – 0,70±0,91; ОГ – 4,75±2,20); парастезий (КГ – 0,43±1,03; ОГ – 2,57±1,74); изменения окраски кожных покровов (КГ – 0,86±1,51; ОГ – 2,45±1,77).

Результаты СВД тестирования говорят о признаках заболевания, обнаруживающих формы соматизации вегетативного характера. Характер психосоматических отношений при сердечно-сосудистой патологии определяется факторами: структурой

типичных для больных пограничных нервно-психических расстройств, характером и выраженностью психогенных влияний, особенностями клиники основного соматического заболевания, соматогенными влияниями основного заболевания, особенностями личности, социальными факторами, наличием социальной поддержки, психогенным влиянием соматического заболевания. Для выявления психосоматических связей между психологическими характеристиками и факторами, отражающими клинические, вегетативные и соматические признаки заболевания, выявлены следующие связи. УЗИ сердца: между клапанными дисфункциями выявлены положительные корреляционные зависимости с факторами СТ (r=0,37), ПТ (r=0,42) и МПЗ «вытеснение» (r=0,42); ХМ: между ПЭ выявлены положительные корреляционные зависимости с факторами СТ (r=0,41), ПТ (r=0,36), МПЗ «регрессии» (r=0,39), отрицательные корреляционные зависимости с МПЗ «проекция» (r=0,41); ЭКГ: выявлены положительные корреляционные зависимости между БПНПГ и СТ (r=0,4) и отрицательные с МПЗ «замещение» (r=- 0,41); ВЭП: выявлены отрицательные корреляционные зависимости между результатами ВЭП, характеризующими ТФН, с факторами депрессии (r=-0,56), СТ (r=-0,42), ПТ (r=-0,33), МПЗ «регрессия» (r=-0,32), «вытеснение» (-0,41), «реактивное образование» (r=-0,42); отрицательные корреляционные зависимости времени ВЭП от депрессии (r=-0,47), СТ (r=-0,53), ПТ (r=-0,29), МПЗ «вытеснение» (r=-0,33), «реактивное образование» (r=-0,36); РЭГ: выявлены положительные корреляционные зависимости между «снижением эластичности» и факторами депрессии (r=0,37), СТ (r=0,35), МПЗ «интеллектуализация» (r=0,32); отрицательные корреляционные зависимости между «снижением эластичности» и МПЗ «компенсация» (r=-0,35); положительные корреляционные связи между «сосудистой дистонией» и депрессией (r=0,39); отрицательные корреляционные связи между «снижением эластичности» с факторами ПТ (r=-0,34), МПЗ «вытеснение» (r=-0,3); отрицательные зависимости между нарушением «венозного оттока» и МПЗ «компенсация» (r=-0,3); положительные корреляционные связи между «нормой» и МПЗ «интеллектуализация» (r=0,43). Для выявления связей между психологическими характеристиками уровня депрессии, тревоги (СТ, ПТ) напряженности МПЗ и результатами теста СВД проведен корреляционный анализ (табл. 7).

Корреляционный анализ между психологическими и клиническими данными, полученными путем СВД-теста, выявил: положительные корреляционные зависимости между депрессией и «нарушением сна» (r=0,37), «головными болями» (r=0,55), «кардиалгиями» (r=0,7); положительные корреляционные зависимости между СТ и «снижением трудоспособности» (r=0,38), «нарушением сна» (r=0,48), «изменением АД» (r=0,43), «головными болями» (r=0,41), «затруднением дыхания» (r=0,35), «кардиалгиями» (r=0,50); положительные корреляционные зависимости между «кардиалгиями» и МПЗ «отрицание» (r=0,55), «вытеснением» (r=0,44); между «регрессией» и «снижением трудоспособности» (r = 0,32), «изменением АД» (r = 0,35), «нарушением ЖКТ» (r = 0,46); отрицательные корреляционные зависимости

Таблица 7

между МПЗ «вытеснение» и «нарушением сна» ($r=-0,45$), и между МПЗ «регрессия» и «нарушением сна» ($r=0,39$).

Выводы. Анализ психосоматических связей позволяет утверждать, что у лиц с НЦД выявляются минимальные зависимости психических факторов с соматическими, в большей степени отражающих неспецифические симптомы заболевания. Выявленные корреляционные зависимости между психическими факторами и результатами исследования теста СВД, свидетельствуют о роли психогенных факторов в формировании механизмов соматизации. В исследовании выявлены минимальные психосоматические зависимости между расстройствами аппарата кровообращения, в основном функционального характера, неспецифическими изменениями со стороны ряда органов и систем, которые не могут указывать на вид вероятной патологии с факторами, характеризующими психический уровень адаптации. Характер психосоматических отношений при НЦД определяется структурой психологических факторов, выполняющих роль компенсаторного механизма в процессе соматизации. Рост степени психического напряжения, ведущий к снижению функциональных ресурсов, делает биосистему неустойчивой, чувствительной к воздействиям и требует мобилизации резервов. В этом состоянии могут происходить изменения отдельных органов и систем, способные формировать вероятную патологию.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 1992. – С. 224.
2. Боровиков А.А. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере. – М.: Юрайт, 2005.
3. Вассерман Л.И. и др. Методики нейропсихологической диагностики: Практ. рук-во. – СПб.: СПб, 1997. – С. 304.
4. Вейн А.М. и др. Неврозы (клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). – М.: Медицина, 1995. – 231 с.
5. Вейн А.М. и др. Руководство по заболеваниям вегетативной нервной системы. – М., 1991.
6. Давыдовский И.В. // Архив пат. – 1962. – Т. 24, № 8. – С. 7.
7. Данилов А.Б. // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 12. – С. 44–50.
8. Клубова Е.Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов: Теория и практика мед. психологии и психотерапии. – СПб. – 1994. – С. 77–82.
9. Ковалев В.В. Семiotика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – С. 286.
10. Маколкин В.И. // Тер. архив. – 1995. – № 6. – С. 66–70.

NEUROCIRCULATORY DYSTONIA PHSYCHOSOMATIC PATHOLOGY

M.M. OLEYNIKOVA

Summary

In the research has been detected minimal psychosomatic dependens dependents between disorders of blood circulation and factors characterising psychic lever of adaptation. Character of psychosomatic relations at neurocirculatory dystonia is structure of psychological factories compensating somatogenic mechanism.

Key words: psychosomatic factories, neurocirculatory dystonia

УДК 616-005.8; 368.4

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА

М.М. ОЛЕЙНИКОВА*

В последние годы накапливается все больше доказательств того, что депрессия и другие психологические факторы являются независимыми факторами риска ИБС и должны рассматриваться в совокупности с такими признанными факторами риска, как дислипидемия, артериальная гипертензия и курение [2, 4–5].

Социальный прогноз инфаркта миокарда (ИМ) тесно соприкасается с вопросами психосоматических отношений в кардиологии, и несмотря на многолетнее внимание к этой проблеме, вопрос остается нерешенным в полной мере [1].

Цель исследования – выявление прогностически значимых факторов в развитии стойкой утраты трудоспособности вследствие перенесенного ИМ по признакам клинических особенностей стенокардии с учетом психосоматических характеристик.

Для поставленной цели проанализированы результаты исследований клинических и психологических и признаков у 188 лиц трудоспособного возраста после ИМ, входящих в группы с различными типами реагирования, в условиях адаптации (группа А – 84 чел. – выписаны к труду) и дизадаптации (группа В – 104 чел. – получили стойкую утрату трудоспособности).

Для прогноза с учетом психосоматических характеристик использованы результаты тестирования ММРІ. Для внутригрупповых разграничений применен метод кластерного анализа с помощью пакета SPSS for Windows. Профиль всех больных был индивидуализирован, сформированы группы по типам реагирования (гипостенический – ГП; гиперстенический – ГРС, смешанный – СМ). Распределение в группах А и В – см. в табл.

Таблица

Распределение групп пациентов с различными типами реагирования в группах А и В (М±m, n=188)

Тип реагирования	Группа А (n=84)	Группа В (n=104)
ГП	16 (19,05%)	36 (34,62%)*
ГРС	43 (51,19%)	43 (41,35%)
СМ	25 (29,76%)	25 (24,04%)

Примечание: * достоверные различия $P<0,05$

В результате распределения пациентов с различными типами реагирования выявлены достоверные различия, связанные с гипостеническим типом реагирования. Прогнозирование вели с помощью компьютерной программы «Прогноз» [6], исходный интерфейс которой позволяет вводить один или ряд признаков с учетом психосоматических характеристик, которые автоматически вычисляются как критерии прогноза, основанные на формуле Неймана – Пирсона (каждое из двух слагаемых представляет собой меру информативности в группе обследуемых, а итоги обследования в каждой из групп независимы друг от друга). Значимые факторы выявляли по величине итогового прогностического индекса или с учетом удельного веса каждого признака, где X – удельный вес прогностического признака, g_1 – частота появления прогностического признака в группе благоприятного прогноза g_1 – частота появления прогностического признака в группе неблагоприятного прогноза, n – число прогностических факторов. По формуле $Z = X_1+X_2+X_3+X_n$, где Z – итоговый прогностический индекс; определяли отсутствие влияния этого признака на прогноз ($Z > 0$) или выявляли риск неблагоприятного прогноза ($Z < 0$).

Прогностически значимые факторы в развитии стойкой утраты трудоспособности вследствие перенесенного ИМ по признакам, характеризующим клинические особенности стенокардии и с учетом психосоматических характеристик:

– зависящие от психосоматических характеристик: для смешанного и гипостенического типов реагирования – возникновение ангинозных болей при эмоциональном напряжении, возникновение ангинозных болей ночью, иррадиация ангинозных болей в позвоночник; для гиперстенического и смешанных типов реагирования – возникновение ангинозных болей в холодную погоду, возникновение ангинозных болей после приема пищи, иррадиация ангинозных болей в нижнюю челюсть; для гипостенического и гиперстенического типов реагирования – ангинозные боли давящего или сжимающего характера, ангинозные боли иной локализации; для гипостенического типа реагирования – ангинозные боли атипичного характера, загрудинные ангинозные боли, ангинозные боли в левой половине грудной клетки, иррадиация ангинозных болей в левую руку; для смешанного типа реагирования – иррадиация ангинозных болей в шею.

– независящие от психосоматических характеристик – возникновение ангинозных болей при физической нагрузке, возник-

* 301670 Тульская обл., г. Новомосковск МУЗ НГКБ veni@newmsk.tula.net. тел. 6-10-82