

Г.Р. Булатова¹, Л.Б. Новикова²

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ КАК СТРЕСС - ИНДУЦИРОВАННОЕ СОСТОЯНИЕ У СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ МИНИСТЕРСТВ И ВЕДОМСТВ

¹Федеральное казённое учреждение здравоохранения МСЧ МВД
по Республике Башкортостан, г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа

В настоящее время стресс стал массовым явлением. Одной из его ведущих социальных форм является профессиональный стресс. На стресс человеческий организм отвечает развитием психовегетативного синдрома. Обследовано 30 пациентов, сотрудников правоохранительных органов, с клиническими признаками психовегетативного синдрома. Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое исследование с анкетированием и набором оценочных шкал. Результаты исследования демонстрируют полиморфный характер клинической симптоматики психовегетативного синдрома. Выявленное в исследовании снижение качества жизни обследованных свидетельствует о необходимости проведения психотерапевтических мероприятий и в некоторых случаях коррекционной медикаментозной терапии.

Ключевые слова: стресс, психовегетативный синдром, качество жизни.

G.R. Bulatova, L.B. Novikova

PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME AS A STRESS-INDUCTED CONDITION IN NATIONAL DEFENSE AND SECURITY SERVICES EMPLOYEES

Stress has currently been identified as extremely common, one of its leading social forms being professional stress. The human organism responds to stress by developing the psychovegetative syndrome. We have examined 30 employees of law enforcement authorities with psychovegetative syndrome clinical symptoms. All the patients underwent a clinical neurological examination and participated in an assessment-scale questionnaire survey. The study results demonstrated a multiform clinical manifestation of the psychovegetative syndrome. A decline in the patients' life quality identified in the course of examination substantiates the necessity of psychotherapeutics measures and in some instances a corrective medicinal therapy.

Key words: stress, psychovegetative syndrome, life quality.

Стресс является неотъемлемой частью жизни человека. Первые работы по изучению этого состояния опубликованы ещё в начале 20-го столетия, а подробное описание стресса дано в 1936г. Н.Селле до сих пор принято считать классическим [2]. С тех пор понятие и теория стресса видоизменились и получили широкое распространение в различных сферах деятельности человека. В настоящее время стресс стал массовым явлением в силу воздействия сверхскоростей, перегрузок, катастроф, повседневных тревог, страхов, социальных и семейных проблем, вследствие социально-политической и экономической дестабилизации в обществе [3]. Несмотря на то, что этиопатогенетическая классификация типов стресса многогранна и объемна, одной из ведущих социальных форм является профессиональный стресс. Особенно актуальным является изучение, лечение и профилактика профессионального стресса у лиц опасных профессий. Так, профессиональная деятельность сотрудников силовых министерств и ведомств часто осуществляется в условиях воздействия комплекса психогенных и физиогенных факторов, негативно влияющих на состояние человека [4]. Подобная специфика труда зачастую становится источником психоэмоционального перенапряжения, приводящего к развитию хронического стресса [5].

Установлено, что стресс, тревога и депрессия являются значимыми факторами в развитии и прогрессировании большого числа заболеваний. На острый стресс человеческий организм отвечает поведенческими, вегетативными и эндокринными сдвигами с развитием психовегетативного (ПВС) синдрома, являющимися несомненным физиологическим фактом, играющим важнейшую роль в приспособительной деятельности. Вначале вегетативные нарушения могут выявляться преимущественно в одной системе с менее выраженной симптоматикой со стороны других систем. В дальнейшем, по мере развития заболевания, вегетативные расстройства отличаются полисистемностью проявлений. Невротические расстройства, облигатно сопровождающие вегетативную дисфункцию, проявляются тревожной, тревожно-депрессивной и астенической симптоматикой. Перечисленные клинические нарушения часто приводят к значительному снижению работоспособности пациентов, ухудшению качества их жизни, а также иногда выступают в качестве фона, на котором формируются синдромально очерченные тревожные, депрессивные, соматоформные расстройства. В условиях стресса у человека может реализоваться наследственная предрасположенность не только к психическому, но и к соматическому заболеванию

(психосоматоз). Отмечено, что в картине психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, бронхиальная болезнь, язвенная болезнь, сахарный диабет, дистиреоз, нейродермит, псориаз, ревматоидный артрит, гинекологические психозноэндокринные заболевания) всегда имеется различной интенсивности психовегетативный синдром, составляющий патогенетическую основу этих болезней [1].

Цель исследования. Изучение клинических особенностей психовегетативного синдрома как стресс-индуцированного состояния у сотрудников силовых министерств и ведомств.

Материал и методы

В исследование включено и обследовано 30 сотрудников силовых министерств и ведомств с ПВС в возрасте от 25 до 54 лет (средний возраст 37 лет), из них 11 женщин, 19 мужчин.

Критерием включения в исследование было наличие у пациентов психовегетативного синдрома. Диагноз устанавливался в соответствии с рекомендациями А.М.Вейна (1991г.).

Всем больным для оценки их состояния проводилось клиничко-неврологическое исследование, включающее в себя тестирование по шкале общего клинического впечатления (CGI).

Анализ состояния вегетативной нервной системы осуществлялся при помощи ряда специальных проб: глазосердечного рефлекса Данини-Ашнера, рефлекса Ортнера, соллярного рефлекса, определения характера дермографизма, а также шкалы А.М.Вейна (оценки вегетативных расстройств).

Оценка эмоционально-личностных особенностей пациентов проводилась путем тестирования набором стандартных оценочных шкал, включающим в себя: шкалу депрессии Бека, госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, анкету «Качество жизни».

Результаты и обсуждение

В клинической картине практически у всех обследованных больных наблюдались вегетативные нарушения надсегментарного уровня. Проба на дермографизм выявила у большей части пациентов (60%) преобладание симпатического тонуса вегетативной нервной системы, а у 40% – парасимпатического тонуса. Неврологический дефицит характеризовался наличием органической микросимптоматики в виде пареза конвергенции, центрального пареза VII пары черепно-мозговых нервов, вестибулопатических проявлений. В

ходе проведения данного обследования у большей части (20 пациентов) оценка по шкале общего клинического впечатления (CGI) соответствовала критерию «легко болен», у 10 человек – «средней тяжести».

Результаты тестирования по опросникам А.М.Вейна для выявления патологии вегетативной нервной системы у обследованных лиц представлены в табл. 1.

Таблица 1

Опросник для выявления вегетативных изменений

Признаки вегетативных нарушений	M±m
Покраснение или побледнение лица при волнении	1,9+ 0,27
Онемение или похолодание пальцев или целиком кистей, стоп	1,93+0,3
Изменение окраски пальцев или целиком кистей, стоп	1,83+0,45
Ощущения сердцебиения, "замирания", "остановки" сердца	2,1+0,6
Повышенная потливость	2,53+0,36
Затруднения при дыхании	2,57+0,63
Нарушение функции пищеварительного тракта	2,0+ 0,53
Склонность к обморокам	0,93+0,44
Приступообразная головная боль	5,83+0,48
Снижение работоспособности, быстрая утомляемость	4,0+ 0,37
Нарушение сна: чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром	4,0+ 0,37
Общая сумма баллов	29,27+2,11

Как показало анкетирование, в перечне вегетативных нарушений преобладали жалобы на головную боль, снижение работоспособности и быструю утомляемость при наличии нарушенного сна. Меньшее значение в результате опроса составляла выраженность других критериев патологии вегетативной нервной системы.

По результатам исследования характера вегетативной реактивности у данной группы пациентов был выявлен симпатический тип реагирования. В частности, при проведении пробы Данини-Ашнера симпатический (извращённый) вариант вегетативной реактивности наблюдался у 13 человек, что составляло 43% из числа обследованных. Повышенная вегетативная реактивность была у 5 пациентов (17%). 12 пациентов (40%) имели нормальную вегетативную реактивность. Сопоставимые результаты наблюдались и при исследовании эпигастрального (соллярного) рефлекса у 16 человек (53%) с симпатическим типом реакции, у 2 (7%) с парасимпатическим и у 12 (40%) с нормальным типом вегетативного реагирования. Аналогичные тенденции вегетативной реактивности выявила проба Ортнера: 16 человек (53%) имели симпатический характер реакции, 6 человек (20%) – парасимпатический и 8 (27%) – нормальный тип реакции.

Выраженных признаков депрессии у наблюдаемых пациентов выявлено не было, а

значение среднего показателя составило $5,93 \pm 0,66$. У 87% из них количество баллов не превысило 9, что в интерпретации тестирования по шкале Бека означало отсутствие депрессии. Однако 13% пациентов имели признаки лёгкой депрессии (средний балл не выше 19).

Таблица 2

Анкета «Качество жизни»	
Показатели качества жизни	M±m
Физическая активность	21,5±1,71
Оценка текущей жизненной ситуации	22,5±2,32
Мнение о себе (оценка)	20,83±2,57
Оценка тревожности с момента ухудшения самочувствия	26,5±2,54
Оценка будущего	21,83±2,85
Оценка настроения с момента ухудшения самочувствия	22,0±2,71
Отношения с супругом с момента ухудшения самочувствия	11,83±2,66
Оценка социальных контактов	12,83±2,37
Уровень качества жизни	19,53±1,61

Наряду с этим характеристику эмоционально-личностных особенностей обследуемого контингента дополняло тестирование при помощи госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии HADS, позволяющей получить количественную оценку субъективной тяжести тревожных и депрессивных нарушений. Результаты демонстрировали наличие тревожной ($4,13 \pm 0,44$) и депрессивной симптоматики ($2,47 \pm 0,27$). Указанные нарушения

сопровождались, по данным анкеты «Качество жизни» (табл. 2), сравнительно невысоким качеством жизни пациентов, что выражалось в снижении физической активности, ухудшении оценки текущей жизненной ситуации, самооценки, настроения, позитивности видения будущего, а также в коммуникативных нарушениях – ухудшении отношений с супругом и социальных контактов.

Выводы

Полученные результаты исследования демонстрируют разнообразие и полисистемный характер клинической симптоматики психовегетативного синдрома у сотрудников силовых министерств и ведомств, обусловленные по большей части профессиональным стрессом. Наиболее информативными в оценке указанных клинических проявлений явились опросник А.М.Вейна для оценки вегетативных расстройств и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Выявленное снижение показателей качества жизни у сотрудников силовых министерств и ведомств, имеющих клинические проявления ПБС, свидетельствовало о необходимости психотерапевтических мероприятий, а в некоторых случаях назначения коррекционной медикаментозной терапии (вегетотропных, анксиолитических препаратов и антидепрессантов).

Сведения об авторах статьи:

Новикова Лилия Бареевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3

Булатова Гюзель Рашитовна – врач-невролог Медико-санитарной части министерства внутренних дел по Республике Башкортостан, неврологическое отделение. E-mail: bulat_ova@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева, О.В. Стресс-индуцированные психовегетативные реакции// Русский медицинский журнал. – 2005. – №13. – С. 12.
2. Воробьева, О.В. Стресс и расстройства адаптации// Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17. – № 11. – С. 789-793.
3. Любченко, П.Н. Профилактика и купирование профессионального стресса// Клиническая медицина. – 2007. – № 9. – С. 22-27.
4. Незнамов, Г.Г. Препараты с анксиолитическими и психостимулирующими свойствами: новые перспективы фармакологической коррекции астенических состояний у лиц опасных профессий/Г.Г. Незнамов, С.А.Сюняков, Е.С.Телешова, С.А.Гришин [и др.]// Вестник восстановительной медицины. – 2004. – №4(10). – С. 28-34.
5. Сибурина, Т.А. Медико-социальные проблемы профессионального стресса /Т.А. Сибурина, В.А.Фурс, С.И.Мотков, Т.К.Мусагалиев// Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1994. – № 5. – С. 16-19.

УДК 616.62-006.6.6-073.43/.53(045)

© И.Л. Пулин, М.М. Кутлуев, А.Я. Ряхов, Р.Р. Фархутдинов, 2012

И.Л. Пулин¹, М.М. Кутлуев¹, А.Я. Ряхов¹, Р.Р. Фархутдинов² РОЛЬ ТЕХНОЛОГИИ NBI В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

¹ООО «Медсервис», г. Салават

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Использование цистоскопии в «белом свете» является обязательной амбулаторной процедурой при подозрении на рак мочевого пузыря. Поверхностные опухоли и атипичная локализация вызывают трудности диагностики. Флюоресцентная цистоскопия улучшает выявляемость, но требует использования дополнительной инстилляции 5-аминолевулиновой кислоты за 2 часа до процедуры. Фиброцистоскопия с использованием NBI-технологии позволяет преодолеть данные трудности без дополнительного использования химических реагентов путем переключения одной клавиши на аппарате («touchtechnology»).

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, NBI-технология, фиброцистоскопия, цистоскопия в «белом свете».