

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.: СЛП, 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. Ковалёв 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 PSHYCHOSOMATIC 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

M.M. 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 (M±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, g1 – частота появления прогностического признака в группе благоприятного прогноза g1 – частота появления прогностического признака в группе неблагоприятного прогноза, n – число прогностических факторов. По формуле  $Z = X1+X2+X3+Xn$ , 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

новение ангинозных болей в покое, ангинозные боли сжимающего характера, возникновение ангинозных болей  $\geq 1$  раза в сутки.

– тип реагирования – смешанный и гипостенический тип реагирования является прогностически неблагоприятными для получения стойкой утраты трудоспособности в результате перенесенного ИМ по совокупности клинических признаков стенокардии в результате итогового прогностического индекса ( $Z' = -2,03$ , и  $Z'' = -1,89$ ).

– прогностически незначимые факторы: возникновение ангинозных болей в различных обстоятельствах; эквиваленты ангинозных болей; наличие витального страха при ангинозном приступе; длительность ангинозных болей менее 5 минут.

Раннее прогнозирование позволяет влиять на формирование лечебных и реабилитационных стратегий для решения вопроса об изменении характера лечения с учетом психосоматической направленности и прогнозирования риска инвалидности.

#### Литература

1. Губачев Ю.М. и др. Психогенные расстройства кровообращения.– СПб.: Политехника, 1993.– С. 138–167.
2. Дробизев М.Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети // Психофармакология и психотерапия.– 2003.– Т.5, № 5..
3. Копина О.С. и др. // Кардиол.– 1996.– № 3.– С. 53–56.
4. Погосова Г.В. и др. Влияние операции аортокоронарного шунтирования на качество жизни больных // Мат-лы IV Рос. конф. по реабилитации и вторичной профилактике.– М., 2001.
5. Смудевич А.Б. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова.– 1999.– №4.
6. Хадарцев А.А. и др. Прогноз // Компьютерные учебные программы и инновации.– 2005.– Т. 61.– С. 311(075.8).– <http://ofap.ru>.

УДК 616.831

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ.

О.В.ХРИПУНОВА, А.А.МИХАЙЛОВА\*

**Введение.** Головная боль (ГБ) признана весьма существенной проблемой здоровья, имеющей специфические социально-экономические последствия. Экономические потери от ГБ значительны, но с трудом поддаются точному учету, т.к. часть страдающих ГБ не обращается за медицинской помощью, но работает недостаточно эффективно. Только 50% испытывающих ГБ в Великобритании и 37% – в США обращались за медицинской помощью. Уже в середине 20-го века рядом исследователей выделялась ГБ, возникающая на «психологической почве» или психогенная боль. ГБ рассматривалась как симптом, посредством которого больной избегает длительного беспокойства и напряжения с помощью таких механизмов психологической защиты, как конверсия, замещение, смещение, регрессия, отрицание.

Среди цефалгий, в происхождении которых ведущую роль играет пограничная психическая патология, можно выделить ГБ напряжения и ГБ в рамках хронического соматоформного расстройства. Если первые не раз становились объектом исследований, и имелось значительное количество работ, посвященных их эпидемиологии, патогенезу и терапии, то вторые до сих пор не служили объектом специального исследования. Большинство литературных данных, касающихся лечения хронического соматоформного болевого расстройства, указывает на ведущую роль фармакотерапии, но отмечается плохая переносимость любого вида психофармакотерапии больными. Нередки случаи резистентности к таким препаратам. В связи с этим большое значение приобретает разработка методов лечения с использованием нелекарственной терапии [1–6].

**Цель исследования** – анализ терапевтической эффективности рефлексотерапии и психофармакотерапии при лечении больных с соматоформными ГБ, в т.ч. необходимо изучить психоло-

гические особенности больных с соматоформными ГБ; разработать комплексную методику их лечения; провести сравнительный анализ терапевтической эффективности рефлексотерапии и психофармакотерапии при лечении лиц с соматоформными ГБ.

**Материалы и методы.** В исследование включены женщины, клиническое состояние которых соответствовало критериям для диагностических рубрик Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) «устойчивое соматоформное болевое расстройство» F45.4. Для оценки состояния больных использовался клинико-психопатологический метод, (с учетом диагностических критериев МКБ-10). Также использовались стандартизированные психометрические шкалы: методика диагностики самооценки реактивной и личностной тревоги Спилбергера Ч.Д., методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге (адаптация Т.И. Балашовой, 1980), методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, методика многостороннего исследования личности (ММП1 в модификации Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова, Е.Д. Соколовой, 1994 г.) [8–9]. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по опроснику для выявления признаков вегетативных изменений [1, 7]. Степень выраженности ГБ оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), для оценки многомерного болевого опыта в работе использовался Мак-Гилловский болевой опросник [10–13].

В исследование было включено 112 больных (все женщины) в возрасте от 18 до 57 лет; из них случайным образом (рандомизация) были сформированы две группы: основная (ОГ), пациенты которой получали комплексную психофармакотерапию (ПФТ) и рефлексотерапию (РТ), и контрольную (КГ), пациенты которой получали только медикаментозное лечение.

Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, семейному и социальному положению, длительности заболевания (встречающиеся различия не достигли уровня достоверных). Больные обеих групп получали традиционную ПФТ с использованием транквилизаторов и антидепрессантов по стандартной схеме: амитриптилин (25–75 мг/сут), феназепам (5–10 мг/сут). Иглорефлексотерапия проводилась только пациентам основной группы. Длительность наблюдения каждого больного составила 4 недели. Терапия оценивалась как эффективная, если уровень боли, оцененный по ВАШ снижался и наступало клиническое улучшение состояния.

Во всех случаях была четкая взаимосвязь появления ГБ или ее обострения с субъективно-значимыми тяжелыми психотравмами в качестве провоцирующих факторов. Среди них больные указывали на изменение финансового положения, смерть близкого члена семьи или изменение в состоянии их здоровья, развод или усиление конфликтности отношений с супругом, сексуальные проблемы, угроза потери работы.

Все пациенты предъявляли жалобы на хроническую ГБ. Выявлялись сдавливающие или распирающие боли, диффузные, без четкой локализации и без напряжения перикариальных мышц. Болевые ощущения носили характер психически угнетающих, изнуряющих, полностью определяющих поведение больных. Имелась необоснованная озбоченность своим психическим состоянием вопреки неоднократным разубеждениям со стороны врачей. Наблюдались астенические, тревожные, ипохондрические и вегетативные состояния. После лечения – см. табл.1.

Добиться достоверного снижения уровня тревоги удалось только в ОГ ( $p < 0,01$ ). У 10 пациенток ОГ (38,6%) уровень тревоги снизился до нормальных показателей (ниже 30). Уровень тревоги больных КГ кардинально не изменился. Достоверных различий уровня депрессии в ОГ и в КГ не было. Показатели деятельности вегетативной нервной системы у пациенток ОГ достоверно уменьшились, а в КГ, напротив, повысились. Отмечалась достоверная разница показателей вегетативного дисбаланса у пациенток ОГ и КГ после лечения. При комплексном лечении отмечалась достоверная нормализация всех показателей, уменьшалась вегетативный дисбаланс, который в КГ, напротив, усиливался.

Уровень боли по ВАШ у пациенток ОГ достоверно снизился ( $p < 0,01$ ) и достиг отметки «слабая боль»; а у лиц КГ уменьшился, но менее значимо. Индекс числа выбранных дескрипторов (Мак-Гилл 1), т.е. число выбранных слов по Мак-Гилловскому болевому опроснику достоверно уменьшился в ОГ и незначительно – в КГ. Ранговый индекс боли (Мак-Гилл 2), т.е. сумма порядковых номеров выбранных слов больше уменьшился в ОГ, чем в КГ. Пациентки выбирали более легкие регистры болевых

\* ММА им. И.М. Сеченова, каф. нелекарственных методов лечения и клинической физиологии