

## Оглавление

Условные сокращения .....	6
Введение .....	9
Глава I	
ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПСИХОСОМАТОЗЫ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ .....	10
1.1. Становление представлений о психовегетативных расстройствах и психосоматозах .....	10
1.2. Современное понимание этиологии и патогенеза психовегетатив- ных расстройств и психосоматозов .....	13
1.3. Соматоформные расстройства. Определение. Классификация .....	18
1.4. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Социально-экономическое значение .....	19
1.4.1. Соматоформная дисфункция .....	21
1.4.2. Этиология и патогенез .....	24
1.4.3. Особенности гемодинамики и метаболизма миокарда .....	32
Глава II	
ДИАГНОСТИКА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПСИХОСОМАТОЗОВ .....	35
2.1. Проблемы диагностики психосоматозов .....	35
2.2. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы .....	41
2.3. Донозологический подход и методы диагностики пограничных состояний .....	46
2.3.1. Дисперсионное картирование электрокардиограммы в изуче- нии адаптационных возможностей миокарда .....	47
2.3.2. Вариабельность ритма сердца в исследовании адаптационных возможностей организма и сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста. Функциональные пробы .....	50
2.4. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста .....	57
2.5. Шкалы и модели прогнозирования .....	70

## Глава III

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	76
3.1. Дизайн исследования .....	76
3.2. Клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования .....	78
3.3. Методы математической статистики .....	89

## Глава IV

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЕРСИОННОГО КАРТИРОВАНИЯ .....	96
4.1. Клиническая характеристика больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы .....	96
4.2. Результаты дисперсионного картирования .....	104
4.3. Анализ корреляционных взаимосвязей между факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и показателем электрофизиологического состояния миокарда .....	105
4.4. Гемодинамика у больных соматоформной дисфункцией .....	106
4.5. Электрокардиография у больных соматоформной дисфункцией ..	110
4.6. Вариабельность ритма сердца .....	113
4.7. Анализ корреляционных взаимосвязей между показателями электрофизиологического состояния миокарда и вариабельностью ритма сердца .....	118

## Глава V

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА .....	123
5.1. Механизм донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда у больных соматоформной дисфункцией мужчин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний ...	123
5.2. Механизм донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда у мужчин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний .....	127
5.3. Патогенез донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда у больных соматоформной дисфункцией женщин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний ...	131
5.4. Патогенез донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда у женщин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний .....	135
5.5. Донозологические биопсихосоциальные взаимосвязи у больных соматоформной дисфункцией с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний на основе факторного анализа .....	139
5.6. Патогенетическое обоснование способа определения донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда для повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных соматоформной дисфункцией мужчин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний .....	142

5.7. Патогенетическое обоснование способа определения донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда для индивидуального прогнозирования донозологических состояний у больных соматоформной дисфункцией женщин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний .....	148
5.8. Определение порогового балла и ROC-анализ прогностической значимости способа диагностики донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда у больных соматоформной дисфункцией мужчин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний .....	154
5.9. Определение порогового балла и ROC-анализ прогностической значимости способа диагностики донозологических изменений электрофизиологического состояния миокарда у больных соматоформной дисфункцией женщин с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний .....	156

## Глава VI

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ .....	160
6.1. Структура факторов риска .....	160
6.2. Результаты дисперсионного картирования электрокардиограммы .....	165

## Глава VII

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	167
---	-----

## Глава VIII

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПСИХОМАТОЗОВ .....	208
8.1. Традиционные подходы к лечению психосоматозов и психовегетативных расстройств .....	208

Заключение .....	211
Выводы .....	213
Практические рекомендации .....	215
Приложение .....	216
Литература .....	217

## Глава I

# ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПСИХОСОМАТОЗЫ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

---

---

### 1.1. Становление представлений о психовегетативных расстройствах и психосоматозах

Психовегетативные и психосоматические расстройства в структуре заболеваемости занимают важное место, имитируя многие заболевания внутренних органов (Дунаевский В. В., 1995). Стоимость многократных и, главное, бесполезных клинических, инструментальных и лабораторных исследований этих бесчисленных «проблемных» больных, бесконечного и, в лучшем случае, просто безрезультатного их лечения настолько велика, что расценивается сейчас во многих странах как социально-экономическая проблема государственного значения. Ранняя диагностика и адекватная терапия психовегетативных и психосоматических расстройств стали проблемой номер один в современной медицине (Тополянский В. Д., Струковская М. В., 1986; Корвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф., 1988; Вейн А. М. [и др.], 1981; Парцернак С. А., 2002).

В XIX веке немецкий врач R. Heinroth предложил понятие «психосоматическое заболевание», из которого в XX веке выросла концепция психосоматической медицины, основанная на представлении о взаимосвязи психической и физической сфер жизнедеятельности человека, целостном восприятии человека.

Говоря о психовегетативных расстройствах и психосоматозах, нельзя не упомянуть работы Da Costa (1871). На основе наблюдений, сделанных во время гражданской войны в США, он описал нарушения сердечно-сосудистой системы (ССС), названные им «возбудимым сердцем солдата» и позднее получившие название «синдром Да Коста». В то же время Da Costa впервые опубликовал клинические наблюдения синдрома раздраженного кишечника, манифестировавшего вслед за выраженным психоэмоциональным напряжением. Автор описывает психогенно спровоцированные нарушения функций сердечно-сосудистой (учащенное и усиленное сердцебиение, кардиалгии), дыхательной (учащенное дыхание, чувство удушья и нехватки воздуха) и пищеварительной (учащенный жидкий стул, ощущение вздутия живота, боли по ходу толстой кишки) систем в структуре тревожно-ипохондрических состояний. Непо-

средственная связь с психогениями в наблюдениях Da Costa подтверждается редукцией функциональных нарушений и тревожной симптоматики после разрешения психотравмирующей ситуации.

В 30-х годах XX века появилось понятие «органный невроз» (Bergman G., 1932). При этом среди этиологических факторов органических неврозов указывается достаточно широкий спектр **психотравмирующих ситуаций**.

1. Психотравмирующие ситуации семейно-бытового характера: конфликты с родителями и родственниками, проживающими совместно; сложные взаимоотношения с соседями по коммунальной квартире; конфликты между членами семьи из-за материально-бытовой неустроенности; несоответствие в интеллектуальном и культурном уровне супругов; злоупотребление одним из членов семьи алкоголем; сексуальная дисгармония; измена супруга; ревность; расторжение брака; материальный ущерб (кража личного имущества, стихийное бедствие и т. п.).

2. Психотравмирующие ситуации производственно-профессионального характера: сложные интерперсональные взаимоотношения; служебные конфликты, обусловленные неадекватным отношением администрации или сотрудников; трудовая деятельность, связанная с высокой степенью эмоционального напряжения, в неблагоприятных условиях в сочетании с отрицательными эмоциональными переживаниями; условия труда с риском для жизни; трудовая деятельность, связанная с высокой степенью ответственности («болезни руководящих кадров», оперативная служба и др.); снижение социального престижа (утрата или снижение трудоспособности, уход на пенсию и т. д.); профессиональная несостоятельность — несоответствие условий труда индивидуальным возможностям личности (физическим, характерологическим, интеллектуальным и т. д.).

3. Полиморфная группа психотравмирующих ситуаций включает эмоционально-значимые психогенные конфликты, связанные с неудачно складывающейся жизненной ситуацией, а также с рядом неблагоприятных социальных и экономических факторов, в основе которых обычно лежат: собственная болезнь или увечье; угроза здоровью или жизни; ятрогения; угроза позора; неудачная любовь; оскорбление со стороны окружающих; собственный неблагоприятный поступок; неуверенность в завтрашнем дне; увольнение с работы или страх перед безработицей; отсутствие или низкий уровень позитивных эмоциональных переживаний и др.

Психотравмирующие ситуации смешанного характера включают психогенные ситуации семейно-бытового, производственно-профессионального и полиморфного характера, которые могут сочетаться между собой различным образом. При этом довольно часто психо-

травмирующие ситуации одной разновидности психогений порождают конфликты другого характера.

Б. Д. Карвасарский (1980) определил понятие «синдром вегетативных расстройств», в рамках которого объединяются разнообразные формы относительно локализованных нарушений функций сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной систем.

Значительный вклад в изучение патологии вегетативной системы внес академик А. М. Вейн. Он и его ученики трактуют психовегетативный синдром как полисистемные расстройства, возникшие в результате деятельности надсегментарных вегетативных структур. Кроме этого, А. М. Вейн (1991) описывает синдром вегетативной дистонии (СВД) как симптомокомплекс различных вегетативных нарушений, обусловленный поражением вегетативных структур любого уровня. По мнению Вейна, понятие СВД включает в себя проявление всех форм нарушения вегетативной регуляции.

А. М. Вейн подчеркивает многофакторность в этиопатогенезе данных расстройств и классифицирует СВД по роли основных факторов, лежащих в основе заболевания:

- СВД конституционального характера;
- СВД психофизиологической природы, возникающий у здоровых людей на фоне острого или хронического стресса;
- СВД при гормональных перестройках (в периоды пубертата и климакса);
- СВД при органических соматических заболеваниях;
- СВД при органических заболеваниях нервной системы;
- СВД при профессиональных заболеваниях;
- СВД при неврозах;
- СВД при психических расстройствах.

К соматоформным расстройствам (СФР) относят патологические состояния, которые нельзя объяснить «органическими» заболеваниями. Проводя дифференциальную диагностику между СФР и соматической патологией, необходимо учитывать, что если при последних появление симптоматики у конкретного больного зависит от одних и тех же провоцирующих факторов (физическая нагрузка, погрешности в диете, воздействие холодом и пр.), то манифестация СФР либо связана с разнообразными, преимущественно психогенными воздействиями, либо реализуется спонтанно. Продолжительность симптоматики при соматических заболеваниях связана с длительностью воздействий, провоцирующих ее выявление, а также с применением соматотропных препаратов; прямой зависимости между длительностью СФР и временными характеристиками внешних вредностей, а также введением соматотропных средств не обнаруживается. При соматических заболеваниях локализация расстройств соответствует патологически измененным ор-

ганам и относительно неизменна с учетом этапности процесса; манифестация СФР происходит в нехарактерных для патологии внутренних органов зонах (Лебедева М. О., 1992).

## 1.2. Современное понимание этиологии и патогенеза психовегетативных расстройств и психосоматозов

В МКБ-10 специального раздела, посвященного психосоматическим расстройствам, нет, и данные заболевания диагностируются как «органические» заболевания в соответствии с пораженной системой: сердечно-сосудистая, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и т. д. Если психологическим процессом придается существенное значение в происхождении заболевания, то в качестве дополнительного диагноза применяется код F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках).

В. В. Марилев (1993) предлагает концепцию единого психологического процесса — психосоматоза, на одном полюсе которого находится психогенно обусловленная функциональная патология, а на другом — органическая. При этом выделяют следующие этапы психосоматоза:

- 1) психогенная депрессия;
- 2) психосоматические циклы;
- 3) психопатизация.

В числе наиболее типичных исходов изученных состояний выделяется психосоматическое развитие личности, которое, в зависимости от клинических особенностей, дифференцируется автором на четыре варианта: ипохондрический (наиболее частый), астенический, истерический и обсессивно-фобический.

В генезе психовегетативных расстройств и психосоматозов принято выделять генетические, конституциональные, социальные, психогенные и соматогенные факторы.

В психиатрии традиционно доминирует психоцентрический подход, предусматривающий оценку психовегетативных расстройств и психосоматозов как составляющей психопатологических нарушений. Происхождение симптоматики, имитирующей телесную патологию, объясняется механизмами конверсии в результате срыва адаптационной психологической защиты.

Психосоматические расстройства можно разделить на три большие группы.

1. Конверсионные симптомы. Отражают соматический эквивалент невротического конфликта, при этом конверсионные проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств (напри-

мер, истерический паралич, парестезии, психогенная слепота и глухота, психогенная рвота, болевые феномены и т. д.).

2. Функциональные синдромы. Отражают функциональные нарушения со стороны отдельных органов или органных систем. При этом какие-либо патофизиологические изменения в органах не обнаруживаются. Отмечается полиморфная картина неопределенных жалоб, которые могут затрагивать ССС, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания и мочеполовую систему (например, нейроциркуляторная дистония, функциональные расстройства желудка, параксизмальные нарушения сердечного ритма различного генезиса и т. д.); это может сопровождаться внутренним беспокойством, неустойчивым настроением, фобическими проявлениями, диссомническими нарушениями, снижением продуктивности психической деятельности, повышенной истощаемостью и т. д.

3. Психосоматозы (психосоматические болезни в более узком смысле). В основе их первично лежит телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями в органах и системах организма. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа и системы. Традиционно к этой группе относят семь основных психосоматических заболеваний: бронхиальную астму, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В последние годы к этим заболеваниям относят ишемическую болезнь сердца (ИБС), тиреотоксикоз, сахарный диабет и психогенное ожирение.

Представленные варианты отражают различный уровень (стадию развития) психосоматических расстройств — от отдельных конверсионных симптомов до клинически очерченных психосоматических заболеваний. При этом, несмотря на довольно широкий спектр последних, можно выделить их наиболее общие признаки: наличие клинической предстадии, рецидивирующе-ремиттирующее течение, полипатогенность, склонность к выходу в длительную ремиссию. В клинической практике целесообразно выделять две группы психосоматических расстройств (заболеваний): заболевания, возникающие при определенной конституционально генетической предрасположенности к их возникновению, и расстройства, при которых такой предрасположенности не обнаруживается. Привлекая внимание окружающих, демонстрируемые страдания снижают аффективное напряжение.

Последователь Фрейда F. Alexander (1951) сделал вывод, что блокирование агрессии («стремление к борьбе») способствует усилению симпатического возбуждения и развитию мигрени, гипертиреоза, кардионевроза, а затруднение поиска помощи («стремление

к бегству») активирует парасимпатику и служит основой для появления язвенной болезни желудка, колита, диареи.

По мнению В. Н. Мясищева (1960), причина патологии — результат взаимодействия психогенных факторов с аномалиями (врожденными или приобретенными) вегетативной иннервации. Патологический процесс, прежде всего, реализуется на корковом уровне (т. е. остается единым для всех форм неврозов), а уже впоследствии в силу ряда дополнительных факторов (нарушение процессов в корковом представительстве данного органа, включение местных дискинезий и т. д.) выступает как невроз органа.

Соматоцентрический подход включает первичные соматические нарушения, а психическая патология трактуется как вторичная.

По мнению В. Б. Захаржевского (1990), психотравмирующий фактор в генезе психосоматических заболеваний, как правило, играет неспецифическую (инициирующую, вспомогательную) роль, специфика же последнего определяется дополнительным дестабилизирующим воздействием на собственные механизмы в соответствующей висцеральной системе.

С. А. Парцерняк (2002) считает, что значительную роль в генезе вегетативной патологии играет иммунная система.

Интерес к психовегетативным расстройствам (ПВР) и психосоматозам обусловлен, прежде всего, широкой распространенностью в популяции данной патологии. Согласно результатам эпидемиологических исследований, СФР выявляются у 10–26 % больных общесоматической сети (Levenson J., 1990; Hemert A. [et al.], 1993). В. Я. Гиндикин [и др.] (1996) находят ПВР у 28 % сотрудников промышленного предприятия при диспансерном наблюдении. СФР чаще отмечается у молодых женщин (Fink P. [et al.], 2004).

Психосоматические расстройства встречаются чаще, чем неврозы. Согласно данным эпидемиологических исследований, в последнее время отмечается значительное увеличение числа (от 15 до 50 %) лиц, страдающих ими (Gallon R. L., 1982), на их долю приходится около  $\frac{2}{5}$  больных общесоматических поликлиник. При этом наиболее распространены психосоматические расстройства сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Так, распространенность депрессивных расстройств в практике терапевта составляет 46 %. Умеренная депрессия повышает риск развития острого инфаркта при ИБС более чем в два раза, а тяжелая депрессия — в 4,5 раза. Негативно влияет на прогноз даже ее легкая степень. Депрессия и тревога рассматриваются не только как независимые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), но и как предикторы их осложнений. Прогностически, при депрессии частота коронарной смерти в 3–6 раз выше, чем при ее отсутствии. До 60 % лиц с тревожными и депрессивными расстройствами обращаются

к терапевтам и не получают адекватного лечения. В странах, в которых последние 10 лет отмечается снижение смертности от ССЗ, оно на  $\frac{2}{3}$  обусловлено коррекцией эмоционального стресса, тревоги и депрессии, и только на  $\frac{1}{3}$  — улучшением качества лечения этих заболеваний.

Астеническое состояние — это клинический синдром с полиморфной симптоматикой, развивающейся постепенно, вне связи с необходимостью мобилизации организма, и в основе их проявляющийся утратой способности к продолжительному физическому и/или умственному напряжению.

Астеническое состояние в МКБ-10 имеет шифр R53 (недомогание и утомляемость) и является одним из распространенных психопатологических феноменов. В последние годы рост астенических состояний различной нозологической природы стал характерной чертой многих психопатологических и соматических расстройств. Распространенность астении в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10 до 45 %. Несмотря на модифицирующее влияние причинных факторов, клинические проявления астении, при всем полиморфозе, имеют немало общих признаков и сопровождаются многими соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями, особенно четко проявляясь в период реконвалесценции. Среди наиболее частых причин астенического состояния отмечаются атеросклероз, сосудистые поражения головного мозга, эндо- и экзогенные интоксикации, патология центральной нервной системы, различные иммунные нарушения, психические заболевания. Астения обычно развивается постепенно, дебютируя повышенной утомляемостью в сочетании с раздражительностью, и напрямую зависит от действия дезадаптирующих факторов, при этом отмечается вовлечение в болезнь самой личности больного. В последующем в поведении пациента проявляется склонность к аффективным реакциям, повышенная чувствительность к внешним раздражителям. При этом, будучи причисленными к наиболее легким синдромам, астенические расстройства часто приводят к значительному снижению работоспособности и жизнедеятельности пациентов, иногда выступая в качестве фона, на котором формируются другие, более тяжелые психические и соматические нарушения.

Проблемы терапии столь распространенных в клинической практике астенических состояний очень актуальны в настоящее время.

Нарушения сна, раздражительность, когнитивные дисфункции, пессимистическая самооценка, слабая мотивация и сексуальные нарушения часто сопровождают астению.

Статистика показывает, что среди обратившихся к терапевту пациентов астенические жалобы предъявляют от 30 до 65 %. Общеизвестно, что в диагностике состояний, располагающихся на грани

между здоровьем и болезнью и обозначаемых как преморбидные состояния или расстройства адаптации, очевидная либо скрытая астенонизация играет существенную роль.

Ведущая роль нервной системы в регуляции вегетативных (кровообращение, дыхание, пищеварение) и анимальных (взаимоотношения с внешней средой) функций ставит ее в особое положение среди всех других органов и тканей.

Нарушения в нейроэндокринной системе могут стать одной из причин развития соматических болезней. С другой стороны, поражения внутренних органов изменяют гомеостаз и сопровождаются нервно-психическими изменениями. По существу, нейросоматология и соматоневрология — две стороны регуляторных взаимоотношений в организме. И в этом сложном единстве следует выделить такие наиболее важные для клиники направления, как роль нервно-психических и нейроэндокринных расстройств в развитии соматической патологии и влияние органных нарушений на процессы в нервной системе.

Существенным признаком любого хронического заболевания является снижение адаптационных возможностей организма, проявляющееся уменьшением функциональных резервов органов и систем, изменением уровня, характера и степени напряжения процессов регуляции. Адаптация организма и его отдельных систем к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды осуществляется через нейрорефлекторные и нейрогуморальные механизмы, а следовательно, определяется, прежде всего, функциональной активностью и резервами нервной и эндокринной систем. К наиболее общим патогенетическим механизмам астении относятся, как и в развитии неврозов, перенапряжение тормозного, возбуждательного процессов или их подвижности, с последующим запредельным охранительным торможением преимущественно в коре больших полушарий головного мозга. Доказано активирующее или тормозное влияние раздражения головного мозга (различных отделов коры, подкорки и ствола) на работу сердца, желудка, кишечника, легких, почек, печени, тонус сосудов и высоту артериального давления (АД), температуру тела, потоотделения, свертываемость крови, местную (тканевую и клеточную) гуморальную саморегуляцию, позвоночник, суставы, т. е. на состояние тех органов и систем, нормальная функция которых необходима для благоприятного течения защитных реакций у больного. При воздействии на организм различных агентов-стрессоров (холод, травма, яд и др.) развивается ряд стереотипных защитных реакций (повышение АД, уровня сахара в крови, жирных кислот и т. п.), не зависящих от качества раздражителя. Решающая роль в развитии общего адаптационного синдрома Селье принадлежит афферентным нервам, гипоталамусу, передней доле гипофиза и коре

надпочечников. Однако он возникает при действии достаточно сильных раздражителей и требует значительных затрат энергии.

В связи с расширением спектра астенизирующих влияний увеличилось и число клинических форм астении.

В соответствии с неоднородностью этиологического фактора и разнообразием патогенеза выделяют несколько клинических вариантов астенического синдрома: астения психическая, астения физическая, астения органическая, астения инфекционная (астения Бонгоффера); астения интоксикационная, астения гиперстеническая, астения гипостеническая, астения периодическая.

Следует отметить, что структура болезненного состояния в этих случаях нередко более сложна, чем при иных пограничных расстройствах, и включает наряду с психопатологическими изменениями компоненты соматической и вазовегетативной симптоматики, роль которой становится особенно значимой при так называемых физиогенных астениях.

Необходимость изучения практическим врачом основ психосоматической медицины становится очевидной, если учитывать, что на обследование и лечение больного с психосоматической патологией затрачивается в 2–4 раза больше времени, чем на пациента с истинным терапевтическим заболеванием. Следует принимать во внимание, что большая часть пациентов психоневрологических стационаров ранее неоднократно и малоэффективно лечилась по поводу «соматического» заболевания, и не закрывать глаза на тот вопиющий факт, что в ряде случаев больные с локализованными соматическими жалобами на фоне скрытой депрессии подвергаются необоснованным хирургическим вмешательствам. Именно на терапевта амбулаторно-поликлинического учреждения как на специалиста первой линии ложится колоссальная ответственность в принятии решения. Следовательно, на первый план выходит актуальность вопроса дифференциальной диагностики.

### 1.3. Соматоформные расстройства. Определение.

#### Классификация

Соматоформные расстройства — это соматические нарушения, не имеющие под собой органической основы.

Клиническая феноменология различных СФР согласно МКБ-10 представлена ниже.

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство

F45.8 Другие соматоформные расстройства

F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное

Среди СФР наиболее часто встречается соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС). Это заболевание, имеющее многофакторную природу, клиническая картина которого характеризуется сочетанием психических нарушений и соматических симптомов, с преобладанием последних (Маколкин В. И., Абакумов С. А., 1985; Белова Е. В., 2006; Маринчева Л. П., 2012). История изучения взаимосвязи между соматическими и психическими нарушениями началась в XIX веке. Биологически и психически ориентированные теории на разных этапах внесли свой вклад в развитие и изучение психосоматической медицины. Исторически сложилось так, что в практической медицине России долгое время преобладало соматически ориентированное направление, а в зарубежной медицине были представлены оба направления.

В настоящее время в МКБ-10 СДВНС классифицируется с учетом определения органа или системы, беспокоящих пациента, как источника симптомов и включает следующее.

F45.30 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы

F45.31 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта

F45.32 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочно-кишечного тракта

F45.33 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания

F45.34 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов

F45.38 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы включает сердечный невроз, синдром Да Коста и нейроциркуляторную астению (НЦА).

#### 1.4. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Социально-экономическое значение

СДВНС является частой причиной временной нетрудоспособности у населения ведущих стран мира, особенно у лиц молодого трудоспособного возраста. Распространенность СДВНС в популяции колеблется от 12,1 до 82 % (Аникина Е. А., Балабина Н. М., 2011). Столь противоречивые сведения обусловлены неоднородным подходом к диагностике болезни. Заболевание в 2–4 раза чаще встречается среди женщин. Среди больных терапевтического и кардиологического

профилей СДВНС выявляется в 30–50 % случаев, а риск заболеть в течение жизни достигает 20 % (Сидоров П. И., Совершаева Е. П., 2015). Из 90 тыс. обращений к врачам общего профиля 72 % больных с психиатрическим диагнозом имеют 1–2 соматических симптома, которые являются их основной жалобой. Причем на каждого из этих больных затрачивается гораздо больше амбулаторного и стационарного времени, чем на «истинных» соматических больных. К значительным экономическим затратам приводят многочисленные лечебно-диагностические мероприятия, назначаемые для диагностики и дифференциальной диагностики СДВНС (Гарганеева Н. П., Белокрылова М. Ф., 2009).

Существующая на сегодняшний день терминологическая путаница, многочисленные теории развития болезни также значительно затрудняют диагностику и лечение пациентов (Котляров С. Н., 2016; Tu C. Y. [et al.], 2016).

Актуальность изучения СДВНС продиктована также необходимостью проводить дифференциальный диагноз данного страдания с ССЗ, прежде всего с ИБС и гипертонической болезнью (ГБ) (Аникина Е. А., Балабина Н. М., 2011; Булгаков М. С., Автандилов А. Г., Крутовцев И. А., 2014; Фролова Н. Л., Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю., 2013). Как показывает практика, соматические симптомы, входящие в структуру психического расстройства, приводят или к непра-

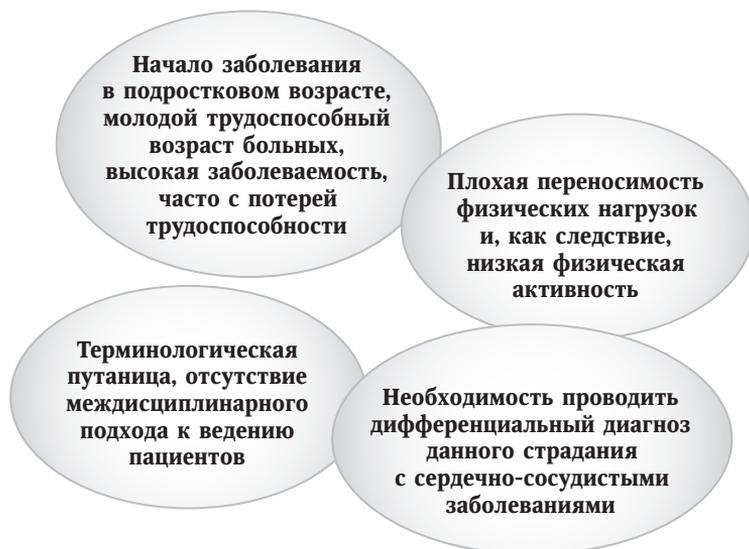


Рис. 1. Социальная значимость соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы