

УДК 616.839-036.22-056.4-092

*В.И. Тайцлин, В.В. Цыганенко***ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ В СЕМЬЯХ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН

Ключевые слова: вегетативная дистония в семьях, качество жизни

Вегетативная или вегетативно-сосудистая дистония (ВД, ВСД) относится к мультифакториальным заболеваниям (МФЗ), в патогенезе которых принимают участие как генетические, так и внешнесредовые факторы. Она рассматривается как один из факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний, особенно их ранних, доинсультных форм. Выделяют ВД конституциональной природы, то есть семейно-наследственный или врожденный синдром. Большое значение имеет фактор острого или хронического стресса, который обуславливает ВД психофизиологической природы. Вторичная ВД связана с разными экзогенными (черепно-мозговые травмы, инфекции, радиоактивное воздействие и др.) и эндогенными причинами. Эпидемиоло-

гические исследования синдрома ВД (СВД) показали его большую распространенность в разных регионах и коллективах (от 30 % до 80 %) и выраженность (в 2-4 раза выше нормы баллов вегетативных нарушений). У лиц молодого возраста (до 45 лет) с СВД не менее, чем у 25% отмечаются начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), а у 15 % - дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I степени, то есть признаки хронической ишемии головного мозга (код I 67.8 по МКБ - X). Цель работы: выделение эпидемиологических, наследственно-конституциональных и клинко-патологических показателей ВД у лиц молодого возраста в семьях, ранняя диагностика и коррекция СВД для улучшения качества жизни.

Материал и методы исследования

Обследовано 808 жителей г. Харькова, в том числе 163 семьи (163 пробанда в возрасте от 16 до 43 лет, 338 их родственников в возрасте от 8 до 75 лет), 257 подростков, проходивших медицинскую комиссию в военкомате, 25 родственных пар (пробанд и родственники первой степени родства). Диагноз СВД устанавливался при помощи «вегетативной» анкеты-вопросника и/или схемы для выявления вегетативных нарушений в случае набора 15 баллов и выше по вопроснику и/или 25 баллов и выше по схеме [1]. Эпидемиологическая ха-

рактеристика СВД проведена на контингенте 83 семей. Выделены две группы обследованных: в первую основную группу (ОГ) вошли пробанды с наличием СВД, во вторую контрольную группу (КГ) – без СВД. Методы исследования: эпидемиологический, неврологический, психологические, клинко-генетические, нейрофизиологические, математико-статистическая обработка данных в группах сравнения с использованием t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции (r), метода характеристических интервалов [2].

Результаты исследования и их обсуждение

СВД отмечался у $69 \pm 5\%$ пробандов и у $76,4 \pm 3\%$ на всем семейном контингенте. В молодом возрасте (от 8 до 45 лет) СВД был у $88,7 \pm 2,1\%$ человек, из них в ОГ у $71 \pm 3\%$, то есть чаще в молодом возрасте, чем в пожилом (соотношение 2,4:1). Вместе с тем на нашем материале в возрасте от 51 до 75 лет также преобладали лица с СВД $92 \pm 6\%$. Отношение частоты лиц с СВД к таковым без СВД в среднем и пожилом

возрастах (от 46 до 75 лет) было чаще, чем такое соотношение между ними в молодом (до 45 лет) возрасте. В основе полученных возрастных эпидемиологических данных частоты СВД можно полагать семейную взаимосвязь и предуготованность к вегетативной дисфункции (дисавтономии) у лиц молодого возраста, то есть с наследственным семейным фактором, учитывая частоту его в тех же семьях у лиц пожилого воз-

раста. В это понятие следует относить не только генетическую предрасположенность, но и общий образ и стиль жизни в семьях. Превалирование числа лиц с СВД над таковыми без СВД в пожилом возрасте, по видимому, объясняется на нашем материале именно семейным контингентом обследованных, а не возрастными особенностями СВД, который на непопуляционном материале в пожилом и старческом возрасте обычно встречается реже, чем в молодом.

Факторами риска СВД на семейном контингенте в ОГ были: 1) отягощенная наследственность, 2) эмоционально-лабильный тип личности, 3) чувствительность к холоду, жаре, духоте, 4) метеозависимость, 5) употребление алкоголя от 3-х до 7 раз в неделю, 6) неудовлетворительное питание, 7) хроническая соматическая патология, 8) употребление вина у женщин, 9) стресс-факторы, 10) острые инфекции, 11) курение, 12) неудовлетворительные семейные отношения в настоящем, 13) черепно-мозговая травма (ЧМТ), 14) профессиональные занятия спортом, 15) употребление кофе (3-6 чашек в день), 16) тяга к алкоголю, 17) употребление водки 200 г и более, 18) гипертоническая болезнь, 19) употребление наркотиков. К факторам антириска СВД в семьях относились: 1) эмоционально-положительный фон (отсутствие значимых стрессовых влияний), 2) регулярная половая жизнь у мужчин, 3) незамужние женщины, 4) уравновешенный тип личности, 5) регулярное посещение церкви, 6) полноценное питание, 7) занятие в спортивных секциях, 8) употребление одной чашки кофе в день.

Из вегетативных компонентов в ОГ чаще были цефалгии, астенические явления и нарушение сна, затем другие вегетативно-висцеральные и вегетативно-сосудистые расстройства.

Частота признаков вегетативных изменений по вопроснику и по схеме исследования в родственных парах показала отсутствие достоверных различий между пробандами и родственниками I степени родства с СВД, что подтверждается тесной связью коэффициента корреляции (К) между ними. В целом, достоверно чаще были отклонения вегетативного тонуса (ВТ) в сторону симпатико- или парасимпатикотонии по сравнению с эйтонией $90 \pm 4\%$, $p < 0,001$, совпадение направления ВТ у $48 \pm 10\%$ родственных пар, а повышенная вегетативная реактивность (ВР) и избыточное вегетативное обеспечение деятельности (ВОД) – во всех парах.

С целью определения значимости генетической компоненты в возникновении ВД в семьях

нами обследовано 80 семей, состоящих из 3-х человек (пробанда и его родителей), всего 240 лиц (80 пробандов, 80 матерей, 80 отцов). Наличие СВД установлено у $88,3 \pm 2,1\%$, отсутствие СВД – у $11,7 \pm 2,1\%$. Анализ соотношений между пробандами и их родителями показал, что наибольшее число лиц с СВД было в семьях, где оба родителя имели СВД $79 \pm 8\%$, на 2-ом месте – где мать имела СВД, а отец был здоров ($19 \pm 4\%$), на 3-ем месте (редко), где отец имел СВД, а мать была здорова ($4 \pm 2\%$). Семей со здоровыми родителями не было. Выявлены генетико-корреляционные связи СВД между пробандами и родителями: между пробандами и отцами ($r=0,29$, $p < 0,005$), пробандами и матерями ($r=0,37$, $p < 0,005$), пробандами мужского пола и отцами ($r=0,43$, $p < 0,005$), ими и матерями ($r=0,49$, $p < 0,0025$); пробандами женского пола и отцами ($r=0,22$, $p < 0,05$), ими и матерями ($r=0,26$, $p < 0,025$).

Свидетельством пренатального дизонтогенеза и генетического преморбида являются стигмы дизэмбриогенеза (СД), особенно множественные, относящиеся к клинически значимым. Изучение фенотипа с выделением СД и врожденных пороков развития существенно в оценке риска развития МФЗ, в том числе нервной системы, в частности соединительно-тканной дисплазии и ВД. При проведении фенотипического исследования мы изучали СД путем внешнего осмотра пациента. Выделены детерминирующие и специфичные СД, которые могут быть маркерами как повышенного риска ВД, так и объективными критериями её наличия в семьях, что имеет важное значение при профилактических осмотрах для выявления лиц с СВД, их диспансеризации, лечебных и профилактических мероприятий. Установлена достоверная корреляционная зависимость между СД и выраженностью СВД.

Выявлены личностные особенности и психовегетативные соотношения в родственных парах с помощью психологических методик многоаспектного личностного опросника ММРП и цветодиагностического выбора теста Люшера. Общим для всех лиц с ВД в структуре психологического синдрома являлись высокий уровень тревоги с её «соматизацией», сенестопатическими и ипохондрическими составляющими, внутреннее напряжение, раздражительность, общая слабость, снижение активности, ограничение интерперсональных контактов, свидетельствующие о выраженном нарушении психической адаптации, связанной, возможно, с определен-

ным генетическим вкладом, внутрисемейной общностью, культуральным наследованием.

Учет выявленных эпидемиологических факторов ВД, их устранение, особенно у лиц молодого возраста, имеет большое значение для профилактики состояний декомпенсации, дальнейшего развития цереброваскулярных нарушений, особенно при наличии наследственной предрасположенности. Выделенные СД могут быть как маркерами повышенного риска развития СВД, так и объективными критериями его наличия в семьях, что имеет важное значение при профилактических медицинских осмотрах для выявления лиц с СВД, их диспансеризации и лечебно-профилактических мероприятий, в том числе нормализующих вегетативные нарушения. При этом необходимо учитывать выраженность ВД в баллах, так как они являются более показательными, чем количество СД. Первичная профилактика должна быть направлена на устранение факторов риска и ориентирована на факторы антириска. Неблагоприятный образ и стиль жизни в семьях тре-

буют соответствующей коррекции, при необходимости с участием психолога и дипломированных семейных врачей. В связи с характерными у лиц с ВД психологическими особенностями (различными невротическими проявлениями) с учетом их представленности и выраженности в семьях должны использоваться медикаментозные (при необходимости – транквилизаторы, антидепрессанты) и немедикаментозные (психотерапия и др.) методы. Необходима также лечебная коррекция и других проявлений ВД (кортико-лимбической дезинтеграции), направленных на повышение адаптационных возможностей ВНС (вегетотропные препараты, адаптогены, ИРТ и др.). Наличие у членов семьи хронических воспалительных, соматических заболеваний, последствий перенесенных инфекций, ЧМТ и др., которые могут являться причиной вторичного СВД, необходимо своевременно диагностировать и лечить. Ранние проявления НПНКМ и ДЭ требуют коррекции вазоактивными препаратами, рациональной диеты, ЛФК и др.

В.Й. Тайцлін, В.В. Циганенко

ДІАГНОСТИКА І КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ В СІМ'ЯХ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Представлені результати дослідження пробандів та їх родичів у сім'ях, які дозволяють своєчасно діагностувати і виділяти осіб з вегетативною дистонією, рекомендувати міри її корекції з ціллю зменшення станів декомпенсації та церебро-васкулярних захворювань, покращення якості життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.62-64)

V.J. Taytslin, V.V. Tsyganenko

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF VEGETATIVE DYSTONIA IN FAMILY TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE.

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine

The results of examination of probands and their relatives in families are presented. These results allow us to diagnose in time and define persons with vegetative dystonia, to recommend corrective measures to decrease decompensation states and cerebrovascular pathology, and improving of quality of life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.62-64)

Література

1. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей. / Под ред. проф. А.М. Вейна—М.: Медицина, 1991.— С.48-51.

2. Генес В.С. Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований – “Наука”— Москва-1967-208 с.

Поступила в редакцию 28.06.2004