

Angiotensin receptors: distribution, signaling and function. *Clinical Sci.* 2001; 100: 481–492.

15. Paul M, Meher A, Kreutz R. Physiology of Local Renin-Angiotensin Systems. *Physiol. Rev.* 2006; 86: 747–803.

16. Moon JY. Recent Update of Renin-angiotensin-aldosterone System in the Pathogenesis of Hypertension. *Electrolyte Blood Press.* 2013; 11: 41–45.

17. Максимов М.Л., Дралова О.В., Курейчик В.Л., Мочкин И.А. Лабораторная диагностика активности ренин-

ангиотензин-альдостероновой системы. *Креативная кардиология.* 2010; 1: 54–61.

18. Драпкина О.М. Роль блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы для прогноза женщин с артериальной гипотензией. *Проблемы женского здоровья.* 2008; 3 (1): 51–56.

19. Котовская Ю.В., Кравцова О.А., Павлова Е.А. Определение активности ренина плазмы как стратегия выбора и изменения антигипертензивной терапии. *Артериальная гипертензия.* 2013; 19 (5): 380–388.

© Антропов Ю.Ф., 2016

Ю.Ф. Антропов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВЕДУЩИМИ И СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, РФ

Y.F. Antropov

COMPARATIVE CLINICAL AND CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MAJOR AND RELATED CARDIOVASCULAR DISORDERS

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia

В настоящее время особое значение приобретает раннее выявление сердечно-сосудистых расстройств и условий их становления. Цель работы – определение роли аффективных нарушений и других факторов в патогенезе сердечно-сосудистых нарушений и разработка их терапии у детей. Обследован 351 больной (130 мальчиков и 221 девочка) в возрасте от 1 года 9 мес до 17 лет с сердечно-сосудистыми расстройствами в структуре психосоматической патологии. У 17 больных установлены относительно выраженные ведущие сердечно-сосудистые нарушения (1-я группа), у 334 – сопутствующие сердечно-сосудистые расстройства (2-я группа). Использовали клинический, клинико-психопатологический, параклинический и статистический методы исследования. Более выраженные психосоматические нарушения выявлены у больных 2-й группы с наличием психосоматических заболеваний (у 23,1% больных) при отсутствии психосоматозов в 1-й группе больных. У всех больных выявлены аффективные (депрессивные) расстройства, более выраженные и полиморфные – у больных 2-й группы при большем числе других факторов риска. Установлена определяющая роль психогенных, мало-выраженных, преимущественно тревожно-депрессивных нарушений, а также половозрастных, некоторых наследственных, церебрально-органических и психосоциальных факторов риска в патогенезе ведущих сердечно-сосудистых расстройств. Проведение терапии с использованием антидепрессивных средств способствовало повышению эффективности лечения.

Ключевые слова: психосоматика, аффективные проявления, сердечно-сосудистые расстройства, дети и подростки.

Контактная информация:

Антропов Юрий Федорович – д.м.н., проф. каф. детской психиатрии и психотерапии РМАПО, детский психиатр, врач высшей категории
Адрес: Россия, 119334, г. Москва, 5-й Донской проезд, 21-а
Тел.: (495) 954-13-14, E-mail: Antropovyf@List.ru
Статья поступила 14.03.16, принята к печати 19.05.16.

Contact Information:

Antropov Yury Fedorovich – MD, Prof. of Children Psychiatry and Psychotherapy Department, Russian Medical Academy of Postgraduate Education; child psychiatrist, doctor of the highest category
Address: Russia, 119334, Moscow, 5th Donskoy pr., 21a
Tel.: (495) 954-13-14, E-mail: Antropovyf@List.ru
Received on Mar. 14, 2016, submitted for publication on May 19, 2016.

Currently, special importance gets the early detection of cardiovascular disorders and their formation conditions. Objective of the research – to determine the affective disorders role and other factors in the cardiovascular disorders pathogenesis and the development of their treatment in children. The study included 351 patients (130 boys and 221 girls) aged from 1 year 9 months to 17 years with cardiovascular disorders in psychosomatic pathology structure. 17 patients had relatively prominent major cardiovascular disorders (1st group), 334 – related cardiovascular disorders (2nd group). Clinical, clinical and psychopathological, paraclinical and statistical methods were used. More prominent psychosomatic disorders were detected in 2nd group of patients with psychosomatic diseases (in 23,1% of patients), without psychosomatics in the 1st group. All patients had affective (depressive) disorders, more prominent and polymorphic in 2nd group with a larger number of other risk factors. The study revealed decisive role of psychogenic, less prominent, mainly anxiety depressive disorders, as well as gender and age, some hereditary, cerebro-organic and psychosocial risk factors in the pathogenesis of major cardiovascular disorders. Therapy with antidepressants improved treatment efficiency.

Keywords: psychosomatic, affective symptoms, cardiovascular disorders, children and adolescents.

Сердечно-сосудистые заболевания наиболее часто приводят к инвалидности и даже смертельному исходу, что определяет пристальное внимание к ним со стороны не только кардиологов, но и специалистов различного профиля, в т.ч. и психиатров. Исследования многих психиатров указывали на частую коморбидность психических и сердечно-сосудистых расстройств [1–4], а также патогенетическую значимость психических нарушений в происхождении патологии сердечно-сосудистой системы [5–8]. Многочисленные работы освещали роль стрессовых воздействий в генезе кардиоваскулярных расстройств, подчеркивая отрицательное воздействие эмоциональных (аффективных) нарушений у взрослых больных [9–11], с указанием на необходимость изучения этих расстройств на ранних этапах становления [12].

В меньшей степени этому вопросу уделялось внимание педиатрами и детскими психиатрами, которые, отмечая значение психической патологии в генезе сердечно-сосудистых расстройств у детей, не всегда выделяли особенности как соматической, так и психической патологии [13–16].

Более того, практически всегда сердечно-сосудистые нарушения представлялись как изолированная соматическая патология. Полисистемный характер психосоматических расстройств, включающих сердечно-сосудистые нарушения, как правило, не рассматривался. Лишь в последние годы в некоторых работах отмечалась относительно частая коморбидность сердечно-сосудистых и пищеварительных, гастроэнтерологических и сердечно-сосудистых, а также других соматических расстройств [17–19].

Целью исследования было изучение особенностей ведущих и сопутствующих сердечно-сосудистых расстройств у детей и подростков с установлением патогенетической значимости аффективных нарушений и разработка их терапии.

Материалы и методы исследования

В условиях неспециализированных отделений Российской детской клинической больницы (глав. врач – проф. Н.Н. Ваганов) в 1990–2012 гг. обследованы дети и подростки с различ-

ной, включающей сердечно-сосудистую, соматической патологией.

Общий контингент детей и подростков с психосоматическими сердечно-сосудистыми расстройствами включал 351 больного (мужского пола – 130, женского – 221) в возрасте от 1 года 9 мес и 17 лет. На основе учета выраженности и продолжительности клинических проявлений обследованные больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – с наиболее выраженными ведущими, частично определяющими, сердечно-сосудистыми расстройствами – 17 больных; 2-я группа – с сопутствующими сердечно-сосудистыми расстройствами чаще слабо выраженными – 334 больных.

Исследование проводили с помощью клинического (определение характера и степени выраженности соматических расстройств), клинко-психопатологического (оценка психического статуса), параклинического (ЭКГ, ЭХОКГ, КИГ, ЭЭГ, ЭХОЭГ, РЭГ, доплер, шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Спилбергера) и статистического (обработка информации с помощью компьютерной программы Microsoft Excel (Версия 10) и статистического пакета Statistica 6.0) методов.

Результаты

В 1-й группе больных соотношение лиц мужского и женского пола составило 1:2,4, возраст – от 6 до 16 лет, чаще младший школьный и средний подростковый – по 35,3% (средний возраст 10,7±1,4 года). Возраст возникновения нарушений составил от 1,5 до 16 лет, более частый от 5 до 6 (29,4%) и от 12 до 13 лет (23,5%), значительно реже от 10 до 11 лет (11,8%), редко в другие возрастные периоды. Средний возраст возникновения психосоматических расстройств составил 8,8±1,8 года. Длительность существования психосоматических расстройств составляла чаще до 1 года (41,2%) и от 1 до 4 лет (41,2%), значительно реже от 5 до 9 лет (17,6%). Средняя длительность психосоматических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями составила 1,8±1 года.

Больные 1-й группы активно предъявляли жалобы на головные боли, нарушения сердечной

деятельности, ускорение и замедление работы сердца, часто отмечали различного характера боли в сердце, изменения артериального давления (АД), носовые кровотечения и другие проявления нарушений вегетативной и сердечно-сосудистой систем.

На основе степени выраженности клинической картины и соответствия параклинических данных, при относительной устойчивости патологических проявлений и длительности существования от нескольких дней до месяцев и даже лет функциональные сердечно-сосудистые расстройства определялись как психосоматические состояния.

Сердечно-сосудистая патология, выступающая на первый план в клинической картине заболевания, в 1-й группе больных была диагностирована как вегетативная дистония с кардиалгиями у 11 (64,7%) больных, дистонические вегетативно-сосудистые расстройства с повышением АД – у 3 (17,6%), понижением АД – у 2 (11,8%) и колебанием АД – у одного (5,9%) больного.

У 2 (11,8%) больных сердечно-сосудистая патология была единственной соматической, определяющей клиническую картину состояния и диагностировалась как кардиалгический синдром и дистонические вегетативные расстройства с понижением АД.

У 15 (88,2%) больных сердечно-сосудистые расстройства, выступавшие в качестве ведущих, сочетались с расстройствами других (от 2 до 5, в среднем $2,6 \pm 0,5$) соматических систем. Наиболее частой была коморбидность с алгическими проявлениями – у 58,8% больных (цефалгиями – 41,2%, миалгиями – 11,8%, радикулалгиями – 5,9%) и гастроэнтерологическими расстройствами – у 47,1%. Более редко в качестве сопутствующих выявлялись нарушения мочевыделительной системы (17,6%), терморегуляции (11,8%), респираторные (5,9%), речевые (5,9%), кожные (5,9%) и чувствительности (5,9%).

В 1-й группе больных наиболее частыми факторами риска (ФР) возникновения психической и психосоматической (сердечно-сосудистой) патологии являлись биологические, составляющие 5,6 на одного больного (наследственные – 2,2, церебрально-органические – 3,4), реже отмечались психосоциальные – 4,8. Общее среднее число ФР составило 10,4.

Наследственные ФР были представлены личностными особенностями у всех (100%) больных. Несколько реже отмечались личностные особенности родителей: у 64,7% матерей, преимущественно тревожно-мнительные (41,2%) и эпилептоидные (11,8%), и у 35,3% отцов, преимущественно аффективно-возбудимые (23,5%) черты характера. В 35,3% семей акцентуации характера отмечались у обоих родителей.

Относительно редко выявлялись психосоматические заболевания у близких родственников (11,8%), без патологии в сердечно-сосудистой

системе. Крайне редко устанавливались психические расстройства (5,9%) только непсихотического уровня и аффективная патология на 1-м году жизни (5,9%).

Церебрально-органические ФР наиболее часто выступали в виде остаточных явлений раннего органического поражения ЦНС – у 88,2% больных в виде минимальной дисфункции мозга. Также значительно были представлены следующие факторы: патология беременности – у 58,8% и нарушения вскармливания (грудное только до 6 мес) – у 58,8% больных.

Патология постнатального периода (травмы, операции, инфекции, интоксикации) отмечалась у 41,2% (черепно-мозговые травмы у 23,5%), аффективные проявления на 1-м году жизни – у 23,5% и патология новорожденного – у 23,5% больных. Реже выявлялись недостаточность психического развития – у 17,6%, моторного – у 11,8% (психомоторного – у 5,9%) и патология родов (родовая травма) – у 11,8% больных.

Из психосоциальных ФР наиболее частыми были: наличие сибсов у 70,6% больных, патология воспитания – у 58,8% и нарушения системы мать–дитя – у 58,8% больных.

Реже отмечались излишнее беспокойство о школьных оценках – у 52,9% больных, психоэмоциональные перегрузки – у 41,2%, конфликты с родителями – у 41,2% и сверстниками – у 41,2%, конфликты в семье – у 23,5% больных. Еще более редкими были: посещение детских учреждений – у 17,6% (с негативной реакцией – у 11,8%) больных, дополнительные специальные занятия в школе – у 17,6%, плохие материально-бытовые условия – у 17,6%, первые роды у тревожно-мнительных матерей – у 11,8%, неподготовленность к обучению – у 11,8%, конфликты с педагогами – у 11,8% и аффективная патология на первом году жизни – у 11,8% больных. Крайне редко выявлялись неполная семья, алкоголизация родителей, болезнь родителей и родственников, смерть родителей и родственников, изменение стереотипа поведения, агрессивное поведение, раннее помещение в школу (по 5,9%).

Соматический статус обследованных больных наряду с сердечно-сосудистой и другой соматической патологией характеризовался диспластическим телосложением у 52,9% больных, астеническим – у 5,9%. Большой рост был у 23,5% больных, меньший – у 11,8%, у остальных рост соответствовал возрасту. Избыточная масса тела выявлена у 29,4% детей и подростков, недостаточная – у 11,8%. Превышающие возрастные рост и масса тела отмечались у 23,5% больных, недостаточность роста и массы тела – у 5,9% больных. Отклонений в половом созревании не отмечалось.

По данным электрокардиографии, у всех обследованных устанавливались незначительные функциональные изменения со стороны сердца. Эхокардиография выявляла функцио-

нальные нарушения у $\frac{2}{3}$ больных. Подтверждение жалоб данными параклинического обследования способствовало оценке этих нарушений как определяющих и ведущих психосоматических состояний.

Неврологический статус. У 47,1% больных отмечалась диспластичность черепа, у 17,6% – череп гидроцефальной формы. Неврологическая микросимптоматика выявлена у 88,2% больных, выраженная симптоматика не определялась. Головные боли чаще были эпизодическими слабыми (29,4%), реже постоянными слабыми (5,9%) и эпизодическими сильными (5,9%). Нарушения речи выявлены у 5,9%, зрения – у 5,9% и чувствительности – у 5,9% больных. Незначительные отклонения в функционировании вегетативной нервной системы отмечались у всех больных. Электроэнцефалографически почти у всех (94,1%) больных выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности, с появлением эпилептиформной активности при гипервентиляции у 5,9%. По данным РЭГ и доплер-исследования, незначительные изменения сосудов головного мозга выявлены у 5,9% больных.

С помощью кардиоинтервалографии установлено нарушение гомеостаза у всех (100%) обследованных больных, с преобладанием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы – у 57,1% (с симпатикотонической вегетативной реактивностью – у 14,3%, гиперсимпатикотонической – у 28,6% и асимпатикотонической – у 14,3%) и с преобладанием симпатического отдела – у 42,9% больных (с симпатикотонической реактивностью – у 14,3% и асимпатикотонической – у 28,6%).

Психический статус, при наличии личностных особенностей в большей степени истерических (47,1%), меньшей – эмоционально-лабильных (29,4%) и лабильно-истерических (17,6%), крайне редко сенситивных (5,9%), формирующихся на основе сангвинического (52,9%) и холерического (47,1%) темпераментов, характеризовался аффективной патологией, у 94,1% больных в виде маловыраженной депрессии – субдепрессии. Умеренно выраженная депрессия отмечалась у 5,9% больных. Оценка депрессии по шкале Гамильтона составила $10,7 \pm 2,3$ балла.

Эти депрессивные расстройства в 82,4% наблюдений были обусловлены психогенными воздействиями – обычно незначительными, но частыми психотравмами, а у 17,6% имели соматогенное происхождение, как следствие различных соматических заболеваний и декомпенсации минимальной дисфункции мозга в связи с метеозависимостью и воздействием других факторов. Чаще у этих больных устанавливались относительно простые варианты депрессии: тревожный (58,8%) и астенический (35,3%), редко астено-тревожный (5,9%) вариант. Оценка тревоги по шкале Спилберга составила: ситуационной – $52 \pm 3,9$ балла, личностной – $57,5 \pm 14,7$ балла.

Диагностика с учетом МКБ 10 устанавливала в нозологическом отношении преобладание собственно аффективных расстройств у 70,6% больных (смешанное тревожное и депрессивное расстройство – невротическая депрессия (F41.2) – у 52,9%, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – у 11,8% и кратковременная депрессивная реакция (F43.20) – у 5,9%). Значительно реже (у 29,4% больных) диагностировались другие психические расстройства, включающие депрессивные (органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 11,8%, органическое астеническое расстройство (F06.6) – у 5,9%, невращения (F48.0) – у 5,9% и патохарактерологическое развитие личности по истерическому типу (F60.43) – у 5,9% больных).

Патогенетически обоснованное, с использованием препаратов с антидепрессивным характером действия, лечение 8 больных (у 4 фитотерапия – Ново-пассит, элеутерококк, деприм в сочетании с глицином, у других амитриптилин или пипофезин в сочетании с мебикаром или медазепамом в малых дозах в сочетании с аминокислотами) привело к достижению значительного улучшения у 37,5% и улучшения – у 62,5% больных. У 9 больных, получавших только соматотерапию, без транквилизаторов и нейролептиков, значительное улучшение отмечалось у 11,1% больных, улучшение – у 44,4%, незначительное улучшение – у 11,1% и состояние без перемен – у 33,3% больных.

Среди обследованных 334 больных 2-й группы с сопутствующими сердечно-сосудистыми функциональными расстройствами соотношение лиц мужского пола и женского составило 1:1,7. Возраст больных составил от 1 года 9 мес до 17 лет, с большей частотой изучаемых расстройств в младшем подростковом (24,6%) и среднем подростковом (22,2%), меньшей в младшем школьном (17,7%) и предподростковом (16,8%) возрастных периодах. Средний возраст больных составил $11,3 \pm 0,4$ года. Возраст возникновения сопутствующих сердечно-сосудистых расстройств трудно определяем, так как психосоматический характер нарушений с выраженной полисистемностью расстройств позволяет лишь установить начало общей заболеваемости. Наиболее часто у этих больных первые проявления соматических нарушений относились к возрастному периоду от 1 до 4 лет (24,3%), несколько реже от 7 до 9 (20,1%), 5–6 лет (15,9%), 10–11 лет (13,8%) и до 1 года (12,3%), еще реже в другие возрастные периоды. Средний возраст возникновения психосоматических расстройств составил $6,5 \pm 0,5$ года. Наиболее частая длительность соматических нарушений составила от 1 до 4 лет (47%), реже от 5 до 9 лет (31,4%), наименьшая – свыше 15 лет (2,1%). Средняя продолжительность болезненных проявлений составила $4,2 \pm 0,4$ года.

Основными были жалобы на ведущие соматические расстройства. Отклонения со стороны деятельности сердечно-сосудистой системы характеризовались как редкие боли в области

сердца, чаще покалывания, сердцебиения или замирания сердца, колебания АД, понижение или повышение, обычно выявляемые при обследовании параклинически и не всегда подтверждаемые при осмотре, носовые кровотечения и др., выступавшие в большинстве наблюдений в виде отдельных симптомов.

Незначительная степень выраженности проявлений и продолжительность существования у подавляющего большинства (95,5% больных) позволили расценить сердечно-сосудистые расстройства как психосоматические реакции, а у 4,5% – как психосоматические состояния, как правило, при ведущем психосоматическом заболевании другой системы.

Более значительно в этой группе больных представлены другие соматические расстройства с поражением от 2 до 8 органов и систем организма (в среднем $4,4 \pm 0,1$).

У этих больных в качестве ведущих чаще выступали психосоматические кожные нарушения (24,8% больных), несколько реже гастроэнтерологические (23,7%), эндокринные (18,3%), еще реже алгические (14,4%), преимущественно цефалгии (13,2%), двигательные (12%), крайне редко респираторные (2,7%), мочевыделительные расстройства (2,1%), терморегуляторные (1,8%) и расстройства чувствительности (0,3%). Ведущие проявления определялись как психосоматические реакции у 7,2% больных, психосоматические состояния – у 69,8% и психосоматические заболевания – у 23,1% больных (эндокринные – у 10,5%, кожные – у 6%, гастроэнтерологические – у 4,5% и респираторные – у 2,1%).

При учете всех ассоциированных с сердечно-сосудистыми соматическими нарушениями их представленность была следующей: алгические проявления у 83,2% больных (из них цефалгии – у 65,6%), несколько реже встречались гастроэнтерологические – у 78,4%, более редкими были кожные – у 44,9%, мочевыделительные – у 41,6%, эндокринные – у 41,3%, двигательные – у 22,8%, респираторные – у 12,9%, терморегуляторные – у 12,3%, очень редкими речевые – у 7,2% и нарушения чувствительности – у 1,2% больных.

Общее число ФР возникновения психической и соматической патологии в этой группе больных в среднем составило 13,1, из них биологических – 7,1, а психосоциальных – 6.

Наследственные ФР были наиболее представлены личностными особенностями – у 97% больных. Часто отмечались личностные особенности родителей: у 72,2% матерей, преимущественно тревожно-мнительные (41%), аффективно-возбудимые (9,9%) и эпилептоидные (9%) черты характера, и у 52,4% отцов – аффективно-возбудимые (21,3%), тревожно-мнительные (9,9%), эпилептоидные (5,4%) и гипотимные (4,8%) черты. В 43,1% семей личностные особенности отмечались у обоих родителей.

Психосоматические расстройства устанавливались у 47,3% родственников, с сердечно-сосу-

дистыми нарушениями – у 0,9%. Психические нарушения у близких родственников выявлялись в 27,8% случаев, в основном непсихотического уровня (20,9%), тогда как аффективные нарушения на 1-м году жизни отмечались у 12,6% больных.

На одного больного приходилось в среднем 3,1 наследственных ФР.

Церебрально-органических ФР было в среднем 4 и наиболее значимыми среди них являлись остаточные явления раннего органического поражения ЦНС у 92,2% больных, преимущественно (91,6%) в виде минимальной дисфункции мозга, редко выраженной неврологической патологии (0,6%), патология беременности – у 74,6% и родов – у 61,1% (родовая травма – у 4,8%) больных.

Реже отмечались нарушения вскармливания – у 50,3% больных, патология постнатального развития – травмы и др. – у 39,2% (черепно-мозговые травмы – у 14,4%), патология новорожденного – у 32,3% и аффективные проявления на 1-м году жизни – у 24%, еще реже выявлялись нарушения психического – у 12,6% и моторного – у 9,3% развития (психомоторного – у 6,3%), а также вредные привычки – у 1,5% больных.

В числе наиболее значимых в количественном отношении психосоциальных ФР у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми расстройствами находились: патология воспитания у 79% больных, излишнее беспокойство об оценках – у 67,4% и нарушение системы мать-дети – у 67,1% больных.

Также значительно представленными были: посещение детских дошкольных учреждений у 53,9% (с негативной реакцией – у 26,6%) больных, наличие sibсов – у 53,9%, психоэмоциональные перегрузки – у 43,7%, конфликтные и неровные отношения с родителями – у 31,7% и сверстниками – у 29,6%, конфликты в семье – у 20,9%, неполная семья – у 20,7%, раннее помещение в школу – у 20,1%, аффективная патология на 1-м году жизни – у 16,8%, первые роды у тревожно-мнительных матерей – у 16,2%, агрессивное поведение – у 12,9%, дополнительные специальные занятия – у 12,6%, смерть родителей и родственников – у 12,6%, конфликты с педагогами – у 10,2% больных. Другие факторы были представлены в меньшей степени: неподготовленность к обучению (8,1%), обучение на дому (6,3%), болезнь родителей и родственников (6%), алкоголизация родителей (4,5%), изменение стереотипа поведения (3,6%), отрицательное отношение к школе (3,3%), слабая успеваемость (1,5%), плохие материально-бытовые условия (1,2%), отрицательное отношение к учебе (0,6%).

Соматический статус характеризовался наряду с преобладанием жалоб на различную, преимущественно ведущую соматическую патологию диспластическим телосложением у 47,6% больных и астеническим – у 7,2%. Превышающий возрастной рост отмечался у 34,1% больных, меньший возрастного – у 6,3%.

Избыточная масса тела выявлена у 24% больных, недостаточная – у 10,8%. Высокие массо-ростовые показатели у 16,5% больных, низкие – у 3%, тогда как диссоциация этих показателей отмечалась у 3% больных – больший рост при недостаточной массе тела и меньший рост при избыточной массе тела по 1,5% больных. Половое созревание было нарушено у 5,1% больных: ускоренное – у 1,8%, задержанное – у 3,3%. У 23% больных изменения органов и систем организма были выраженными, у 0,6% – несоответствующими предъявляемым жалобам, у остальных незначительными.

Симптоматика различной соматической и сердечно-сосудистой патологии в большей части наблюдений подтверждалась параклинически.

Неврологический статус: более чем у половины больных отмечались изменения формы черепа, с явлениями диспластичности – у 46,4%, гидроцефалии – у 5,4%. Минимальная дисфункция мозга (микросимптоматика) устанавливалась у 92,2% больных, выраженная патология нервной системы с явлениями гемипареза и тетрапареза – у 0,6%. У одного больного (0,3%) отмечались псевдопаретические явления. Жалобы на болевые проявления предъявляли многие больные и почти $\frac{2}{3}$ пациентов отмечали головные боли, которые у 53,3% детей и подростков были эпизодическими, у 9,3% – систематическими, различной, чаще малой степени выраженности и у 1,8% больных – мигренозными. Нарушения зрения выявлены у 8,2% больных (у 0,3% – слепота), нарушения слуха – у 0,6%, зрения и слуха – у 0,6% и нарушения речи – у 0,3% больных. Нарушения чувствительности отмечались у 1,2% детей и подростков. Вегетативные дисфункции устанавливались у всех больных: слабые – у 91,6%, выраженные – у 8,1% и у 0,3% больных – пароксизмальные.

Изменения гомеостаза были диагностированы у 91,2% больных, с преобладанием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы – у 66,5% (с симпатикотонической вегетативной реактивностью – у 17,1%, гиперсимпатикотонической – у 42,3%, асимпатикотонической – у 4,4% и нормальной вегетативной реактивностью – у 2,7%). Реже устанавливались нарушения гомеостаза с преобладанием симпатического отдела – у 24,7% больных (с симпатикотонической вегетативной реактивностью – у 8,8%, гиперсимпатикотонической – у 7,1%, асимпатикотонической – у 5,5% и нормальной реактивностью – у 3,3%). Нормальный гомеостаз отмечался у 8,8% больных (с симпатикотонической вегетативной реактивностью – у 2,2%, гиперсимпатикотонической – у 3,3%, асимпатикотонической – у 1,65% и нормальной вегетативной реактивностью – у 1,65%).

Психический статус определялся у всех детей и подростков различной психопатологической симптоматикой с обязательным наличием аффективных (депрессивных) расстройств, крайне редко эпизодических гипоманиакальных, пре-

имущественно мало выраженной депрессией – у 91,9% больных. У подавляющего большинства больных в структуре маловыраженной депрессии отмечалась субдепрессия (90,7%), крайне редко скрытая (1,2%). Умеренновыраженная депрессия устанавливалась у 8,1% больных. Оценка депрессии по шкале Гамильтона составила $12,2 \pm 0,8$ балла.

Генез депрессии был обусловлен у большинства (84,7% больных) психотравмирующими обстоятельствами, редко (у 12,6%) соматическими (церебрально-органическими) изменениями и крайне редко (у 2,7% больных) выявлялась эндогенная депрессия. Клиника депрессивных расстройств в большем числе наблюдений определялась наряду с тоской, собственно депрессивным аффектом, тревогой и астенией. Тревожный вариант депрессии устанавливался у 23,1% больных, астенический – у 7,8% и тоскливый – у 1,2% больных. Относительно сложный астенотревожный вариант депрессии выявлялся у более, чем половины больных (59,9%), тогда как тревожно-тоскливый – у 8,1%. Оценка тревоги по шкале Спилберга составила: ситуационной – $34,7 \pm 2,6$ балла, личностной – $50,5 \pm 3,5$ балла.

Клиническая картина психических расстройств у 67,4% больных определялась собственно депрессивными расстройствами различного генеза, у 32,6% – различными психопатологическими состояниями, включающими депрессивные проявления.

Существенное место в структуре психического статуса занимали личностные особенности, сформировавшиеся у 97% больных на базе сангвинического (62,6%) и холерического (32,3%), редко флегматического (2,7%) темпераментов. Более чем половина детей и подростков имела истерические черты характера (лабильно-истерические – 31,1%, истерические – 19,8%), менее частыми были эмоционально-лабильные (20,9%) и тревожно-замкнутые (15%) черты, а также сенситивные (3,3%), астеноневротические (2,4%), эпилептоидные (1,5%), лабильно-сенситивные (0,9%), лабильно-аффективные (0,9%), лабильно-неустойчивые (0,6%), крайне редко шизоидные и психоастенические (по 0,3%) черты характера.

В нозологическом отношении наиболее часто устанавливались: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) у 52,7% больных, сочетающееся у 0,3% с синдромом Жюлиа де ля Туретта (F41.2 и F95.2), на втором месте значительно менее представленная дистимия (F34.1) – у 12% больных, реже устанавливались органическое депрессивное расстройство (F06.36) – у 5,1%, невращения (F48.0) – у 3,9%, органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 3,3%, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – у 3,3%, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) – у 3%, кратковременная депрессивная реакция (F43.20) – у 2,7%, органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6) – у 1,8%,

патохарактерологическое развитие личности по истерическому типу (F60.43) – у 1,5%, нервная анорексия (F50.0) – у 1,5%, легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F32.01) – у 0,9%, умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F32.11) – у 0,9%, легкая умственная отсталость (F70.0) – у 0,9%, задержка психического развития (F84.8) – у 0,6%, нарушение активности и внимания (F90.0) – у 0,6%, смешанные навязчивые мысли и действия (F42.2) – у 0,6%, эмоциональное расстройство в детском возрасте (F93.8) – у 0,6% больных. Другие психопатологические состояния выявлялись крайне редко: органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2); органическое психотическое депрессивное расстройство (F06.32); легкое когнитивное расстройство (F06.7); псевдоневротическая шизофрения (F21.3); псевдопсихопатическая шизофрения (F21.4); неорганическое психотическое расстройство (F28); другие фобические и тревожные расстройства (F40.8); тревожное расстройство неуточненное (F41.9); преимущественно навязчивые мысли и размышления (F42.0); неуточненное обсессивно-компульсивное расстройство (F42.9); диссоциативное расстройство моторики (F44.4); синдром деперсонализации – дереализации (F48.1); гиперактивное расстройство поведения (F90.1); гиперактивное расстройство с умственной отсталостью (F84.4) – по 0,3%.

Лечение 146 больных 2-й группы с использованием у 71 больного фитотерапии (Ново-пассит, экстракт пустырника, экстракт боярышника, экстракт элеутерококка, настойка заманихи, экстракт родиолы, настойка зверобоя, Деприм, Негрустин), а у 75 антидепрессантов (амитриптилин, пипофезин, пирлиндол, пароксетин, флувоксамин, сульпирид), транквилизаторов (мебикар, гидроксизин, оксазепам, диазепам, феназепам), редко нейролептиков (тиоридазин, перициазин, перфеназин) в малых дозах и препаратов нейрометаболического действия (глицин, биотредин, пиритинол, пирацетам и др.) в возрастных дозах способствовало выздоровлению 7,5% больных, значительному улучшению – у 51,4%, улучшению – у 39,7% и незначительному улучшению – у 1,4% больных. При использовании соматотерапии у 165 детей (у 9 с транквилизаторами, у одного с нейролептиками и у 2 с гормонами) значительное улучшение было достигнуто у 3% больных, улучшение – у 58,8%, незначительное улучшение – у 17% и состояние без перемен – у 21,2% больных.

Обсуждение

Сопоставление полученных данных в выделенных, с учетом степени выраженности и клинической оформленности сердечно-сосудистых расстройств, группах больных с ведущими (1-я группа) и сопутствующими (2-я группа) нарушениями установило более значительное преобладание лиц женского пола в 1-й группе, т.е. гендерный фактор влияет на предпочтительность формирова-

ния сердечно-сосудистых проявлений, тогда как меньший средний возраст, более позднее возникновение и меньшая длительность существования психосоматических в этой группе подтверждают определенную роль временных факторов в возникновении сердечно-сосудистых расстройств.

Характер соматических нарушений в 1-й группе больных в большей степени соотносится с жалобами на сердечно-сосудистые расстройства, тогда как во 2-й группе предъявляемые жалобы касаются в большей степени других соматических расстройств и нередко, при большей полисистемности, психосоматозов, свидетельствуют о большей тяжести соматической патологии во 2-й группе.

Учет ФР возникновения как психических, так и соматических расстройств выявляет большее число их во 2-й группе (в 1,4 раза), что подчеркивает большее значение роли дизонтогенеза в формировании психосоматических заболеваний. Заметно большее число генетических (конституциональных) ФР во 2-й группе определяется всеми факторами, кроме личностных особенностей больных, более частых в 1-й группе, особенно истерических черт характера (в 2,4 раза).

Преобладание церебрально-органических ФР во 2-й группе больных также определяется по большинству положений, особенно патология родов (в 5,2 раза), за исключением чаще отмечавшихся в 1-й группе нарушения вскармливания (в 1,2 раза) и патологии постнатального периода (в 1,1 раза).

Роль психосоциальных ФР в формировании сердечно-сосудистых расстройств в качестве ведущих определяется большей частотой в 1-й группе больных таких факторов, как плохие материально-бытовые условия – в 14,7 раза, неподготовленность к обучению – в 1,5 раза, конфликты со сверстниками – в 1,4 раза, дополнительные специальные занятия – в 1,4 раза, наличием sibсов – в 1,3 раза, конфликты с родителями – в 1,3 раза, конфликты с педагогами – в 1,2 раза, тогда как другие факторы способствуют развитию в качестве ведущих других соматических расстройств.

В соматическом статусе больных 1-й группы чаще отмечаются: меньший рост (в 1,9 раза), высокие (в 1,4 раза) и низкие (в 2 раза) массоростовые показатели, избыточная масса тела (в 1,2 раза), диспластическое телосложение (в 1,1 раза), недостаточная масса тела (в 1,1 раза), а во 2-й – чаще выявляются больший рост (в 1,5 раза), астеническое телосложение (в 1,2 раза), нарушения полового созревания, отсутствующие в 1-й группе больных.

У детей 2-й группы чаще отмечаются выраженные изменения ЦНС (при отсутствии в 1-й группе), головные боли (в 1,6 раза), нарушения зрения (в 1,4 раза), слуха, зрения и слуха, выраженные и пароксизмальные вегетативные дисфункции, при отсутствии в 1-й группе, а в 1-й группе чаще нарушения речи (в 19,7 раза) и гидроцефальная форма черепа (в 3,3 раза).

Нарушения гомеостаза в 1-й группе отмечались у всех больных с нарушением вегетативной реактивности, характеризовались большей частотой парасимпатикотонии и большей гиперсимпатикотонической реактивностью, но меньшей, чем во 2-й группе (в 1,2 раза), и меньшей симпатикотонией (с большей асимпатикотонической реактивностью), но большей (в 1,7 раза), чем во 2-й группе больных.

Сравнение особенностей аффективной патологии в группах ведущих и сопутствующих сердечно-сосудистых расстройств выявляло во 2-й группе меньшую частоту мало выраженной депрессии, при наличии скрытой и несколько большую (в 1,4 раза) умеренно выраженной депрессии, наличие эндогенной депрессии, при большей частоте психогенной и значительно (в 11 раз), меньшей частоте соматогенной депрессии. Отмечается существенное преобладание астенотревожного (в 10 раз), а также тревожно-тоскливого и тоскливого вариантов депрессии, при отсутствии в 1-й группе больных с ведущими кардиоваскулярными расстройствами, меньшая частота астенического (в 4,5 раза) и тревожного (в 2,6 раза) вариантов во 2-й группе больных. Истерические черты характера чаще отмечаются в группе с ведущими сердечно-сосудистыми нарушениями, тогда как тревожные – с сопутствующими.

Спектр нозологических единиц гораздо более широк во 2-й группе (7 и 32) и представлен меньшим преобладанием собственно депрессии.

Применение дополнительно к соматотерапии

лечения больных 1-й группы с использованием препаратов антидепрессивного, анксиолитического и ноотропного действия, в половине случаев препараты растительного происхождения привело к достижению значительного улучшения у 1/3 больных, а у остальных – к улучшению, тогда как одна соматотерапия способствовала значительному улучшению в 3,4 раза, а улучшению – в 1,4 раза реже. Во 2-й группе высокий эффект (выздоровление и значительное улучшение) отмечался в 19,6 раза чаще, а улучшение – в 1,5 раза реже, чем при только соматотерапии.

Следует подчеркнуть, что более высокий терапевтический эффект достигался при продолжительности терапии с использованием антидепрессантов не менее 2 недель.

Заключение

Ведущий характер сердечно-сосудистых расстройств обусловлен депрессивными расстройствами, преимущественно психогенными, мало выраженными с преобладанием тревожной депрессии, связан с меньшей полисистемностью соматических нарушений, большим преобладанием лиц женского пола, возрастными особенностями и нарушениями гомеостаза (парасимпатикотонией с гиперсимпатикотонической реактивностью и симпатикотонией с асимпатикотонической реактивностью) и различными дизонтогенетическими механизмами (наследственными, церебрально-органическими и психосоциальными), с изменением соматического статуса за счет вегетативных и эндокринных расстройств.

Литература

1. *Авербух Е.С.* Психика и гипертоническая болезнь. Л.: Медицина, 1965: 175.
2. *Наталевич Э.С., Королев В.Д.* Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение. Мн.: Наука и техника, 1988: 136.
3. *Bondy B.* Common genetic factors for depression and cardiovascular disease. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2007; 9 (1): 19–28.
4. *Möller-Leimkühler AM.* Gender differences in cardiovascular disease and comorbid depression. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2007; 9 (1): 71–84.
5. *Войцех В.Ф.* Роль депрессивного аффекта в формировании кардиофобического синдрома. В кн.: Психопатология, психология эмоций и патология сердца. М.: Суздаль, 1988: 22.
6. *Вертоградова О.П., Поляков С.Э., Довженко Т.В. и др.* К характеристике динамических отношений психосоматических и аффективных расстройств. Международный симпозиум «Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики». М., 1990: 49–51.
7. *Tennant C.* Workstress and coronary heart disease. *J. Cardiovasc. Risk.* 2000; 7 (4): 273–276.
8. *Glassman AH.* Depression and cardiovascular comorbidity. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2007; 9 (1): 9–18.
9. *Weiss S.* The Interaction between Emotional States and the Cardiovascular System in Health and in Disease. *Contributions to the Medical Sciences in Honor of Dr. Emanuel Libman,* 1932; 3: 1181.
10. *Sigler LH.* Emotion and atherosclerotic heart disease. I. Electrocardiographic changes observed on the recall of past emotional disturbances. *Brit. J. med. Psychol.* 1967; 40 (1): 55–64.
11. *Shine KI.* Anxiety in patients with heart disease. *Psychosomatics.* 1984; 25 (10): 27–31.
12. *Анохин П.К.* Эмоциональное напряжение как предпосылка к развитию неврогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. *Вестник АМН СССР.* 1965; 6: 10–18.
13. *Осокина Г.Г., Северный А.А., Киреева И.П.* Аффективные синдромы при вегетососудистой дистонии у подростков. В кн.: Психопатология, психология эмоций и патология сердца. М.: Суздаль, 1988: 63.
14. *Шварков С.В.* Особенности вегетативной дистонии у детей. В кн.: Заболевания вегетативной нервной системы. А.М. Вейн, ред. М.: Медицина, 1991: 508–548.
15. *Крылатова Т.А.* Психические нарушения у детей раннего возраста с функциональными кардиопатиями. XII Съезд психиатров России. М., 1995: 396–397.
16. *Царегородцева А.И., Ерохина Т.Ю.* Гипертоническая болезнь как болезнь психосоматическая: вегетативный и эмоциональный гомеостаз, этапы становления болезни в онтогенезе. Воронеж: Изд. полиграф. Центр «Научная книга», 2014: 248.
17. *Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г.* Коморбидность патологии органов пищеварения у детей. Материалы XIX Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Ю.Г. Мухина, С.В. Бельмер, ред. М., 2012: 59–61.
18. *Дмитрачков В.В., Самохвал О.В., Былинский Н.Н.* Некоторые личностные характеристики и особенности вербализации эмоциональных состояний у детей и подростков с сочетанной гастро- и нефропатологией. Материалы Юбилейного XX Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Л.И. Ильенко, С.В. Бельмер, ред. М., 2013: 12–13.
19. *Дмитрачков В.В., Дмитричкова О.В.* Синдром нарушения сердечного ритма и особенности синдрома дисплазии сердца у детей и подростков с желчнокаменной болезнью. Материалы Юбилейного XX Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Л.И. Ильенко, С.В. Бельмер, ред. М., 2014: 134–135.