

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ
У ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ
(на прикладі метаболічного синдрому X)**

І.В. Лазебник

Український науково-дослідний інститут соціальної й судової психіатрії
та наркології МОЗ України

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривожні розлади, метаболічний синдром X, серцево-судинні захворювання

Резюме: Проведено пілотне дослідження тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом X. Отримані дані свідчать про вищий рівень тривоги, зростання частки панічних розладів (маскованих соматичною патологією), більш виражених супутніх вегето-

вісцеральних змін та зростанням проявів гіпервентиляційного синдрому у порівнянні з тривожними пацієнтами загальної популяції. Встановлена висока ефективність гіпервентиляційного тесту в діагностиці прихованих тривожних розладів. Відмічено позитивний вплив вправ з гіпервентиляції з наступною затримкою дихання в лікуванні тривоги. Подальше дослідження дасть можливість лікарям загальної практики підвищити ефективність надання медичної допомоги відповідній категорії хворих.

Вступ.

Встановлено, що тривожні розлади періодично виникають у 20% жінок та у 8% чоловіків і тривають переважно 6 місяців та більше. Майже 70–90% пацієнтів із соматичними захворюваннями, що відвідують лікаря, відчувають тривогу. При цьому за соматичними скаргами часто приховується основна проблема, що нерідко спонукає лікаря призначати непотрібні обстеження та лікування [1–5].

Патологічний стан при тривожних розладах характеризується відчуттям небезпеки та супроводжується соматичними симптомами (які пов'язані з гіперактивністю вегетативної нервової системи): відчуття тремтіння; болю в спині, головна біль; напруження – гіпертонус м'язів; відчуття нестачі повітря, що викликана патологічною гіпервентиляцією; підвищена втомлюваність; гіперемія чи блідість шкіри; тахікардія та синусова аритмія; пітливість; похолодання кінцівок; диспептичні розлади, пов'язані з порушенням центральної регуляції шлунково – кишкового тракту; ксеростомія яку часто помилково вважають наслідком побічної дії ліків; полакіурія; парестезії; порушення при ковтанні. Психологічні симптоми тривоги проявляються відчуттям небезпеки, зниженням здатності до концентрації уваги, занадта настороженість вплоть до підозрливості, порушення сну, зниження лібідо, відчуття «кому в горлі». Але здебільше всі ці симптоми як правило трактуються пацієнтами як прояви «якогось дуже небезпечного тілесного захворювання» внаслідок дуже високого рівня алекситимії.

Добре відомо, що нормальна стресова реакція, переважно тривожна, по своїй структурі є станом адаптації у відповідь на дію стресового чинника і обмежена як за часом, так і по своїй вираженості. При цьому більш виражені і/або триваліші стани тривоги, нерідко якісно не відрізняючись від нормальних реакцій, призводять до соціальної і психологічної дезадаптації, погіршують прогноз соматичних захворювань і в зв'язку з цим вимагають проведення ретельної психопатологічної діагностики для призначення адекватної терапії. Передусім тривожні розлади призводять до порушення режиму лікування, реакціям уникнення консультацій і підвищеній кількості медикаментів, що приймаються. Ці чинники поза сумнівом, позначаються в погіршенні терапевтичного прогнозу – підвищенні частоти загострень і госпіталізацій хворих. Крім того, вплив тривоги на погіршення якості життя пацієнтів перевищує негативний ефект багатьох серйозних соматичних симптомів. Безперечні також значні негативні соціально-економічні наслідки. Вивчення економічних витрат при тривожних розладах, що виявляються в первинній практиці, показало, що витрати за наявності вираженої тривоги в два рази вище, ніж за відсутності тривожного розладу. Більшою мірою ці витрати пов'язані з високою обіговістю в загальну медичну мережу, чим з вартістю психіатричного лікування.

Лікарі загальної і спеціалізованої медичної практики частіше всього розглядають тривогу в якості нормальної реакції на дезадаптуючий ефект соматичного захворювання, або тривожні розлади маскуються соматичними проявами захворювання, саме тому тривожні розлади виявляються ними досить рідко.

Багато дослідників пояснюють появу багатьох симптомів тривоги та деяких складових метаболічного синдрому Х гіпертонічної хвороби, абдомінального ожиріння, цукрового діабету 2 типу, атеросклеротичних змін наявністю гіпервентиляційного синдрому, який можна об'єктивізувати завдяки аналізу парціального тиску газів крові (зокрема особливе значення має зниження рівня парціального тиску вуглекислого газу) під час загострення симптоматики [6–13]. Хронічна гіпервентиляція супроводжується глибокими метаболічними змінами, які проявляються в газовому алкалозі і метаболічному ацидозі. Змінення основних констант гомеостазу викликає вегето-вісцеральні і полісистемні клінічні порушення: серцево-судинні, шлунково-кишкові, сечостатеві, багаточисленні порушення з боку центральної та периферичної нервової системи, м'язів. Виникає спазм судин та пролонгована вазоконстрикція. Газовий алкалоз підвищує поєднаність оксигемоглобіна з еритроцитами (здви́г кривої дисоціації оксигемоглобіну вліво – ефект Веріго-Бора), що посилює гіпоксію органів і тканин. Виявляється парадоксальна ситуація – при надлишку кисню в

крові організм страждає від гіпоксії.

Отже, за даними літератури, ми з'ясували, гіпервентиляційна проба дозволяє виявити ознаки гіпервентиляційного синдрому та прихованої тривоги як у пацієнтів з власне тривожними розладами за МКХ-10, так і у пацієнтів з психосоматичними розладами [6,8,9,12,13].

Існує велика різноманітність форм і методів гіпервентиляційних проб (проба Трусссо-Бонсдорфа, проба Россета, проби, що виконуються при ЕЕГ- і ЕКГ-дослідженнях), проте вони або недостатньо стандартизовані, трудомісткі та потребують багато часу, вимагають апаратних засобів, або не відповідають цілям і умовам дослідження пацієнтів з психічними та психосоматичними розладами [6].

Виходячи з уявлення, що гіпервентиляція, тривожні розлади та метаболічний синдром Х клінічно пов'язані між собою ми вирішили поряд з клініко-психопатологічним, соціально-психологічним, психо-діагностичним методами дослідження тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х застосувати гіпервентиляційну пробу.

Поява окремих психічних і соматичних ознак метаболічного синдрому Х на етапі його формування може розцінюватися як допатологічний стан, обумовлений компенсаторною напругою функціональних резервів організму.

Ступінь адаптаційної психосоматичної напруги у вигляді сукупної негативної динаміки психопатологічних феноменів може бути покладена в основу ранньої діагностики тривожних розладів, що попереджає подальший розвиток групи психосоматичних захворювань цукрового діабету 2 типу, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця і, можливо, інших.

На підставі отриманих даних будуть розроблені рекомендації для лікарів загальної практики, кардіологів, ендокринологів відносно застосування найбільш ефективних методів ранньої діагностики, профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів з тривожними розладами при метаболічному синдромі Х.

Метою дослідження було визначення клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів у пацієнтів з МСХ для підвищення ефективності надання медичної допомоги цій категорії хворих шляхом подальшого удосконалення якості діагностики, лікування та реабілітації.

Матеріал і методи дослідження. Об'єктом дослідження були тривожні розлади у 183 пацієнтів віком від 19 до 72 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско» АМН України і у профільних відділеннях ДКЛ №1 та ДКЛ №2 ст. Київ. Досліджувались пацієнти, у яких клінічна симптоматика тривожних розладів відповідала діагностичним критеріям рубрик МКХ-10. З метою визначення клінічних особливостей тривожних розладів пацієнти були розділені на 2 групи за нозологічною приналежністю соматичного захворювання. В першу групу ввійшли пацієнти з метаболічним синдромом Х (97 осіб – основна група), в другу – пацієнти без метаболічного синдрому Х (86 осіб – контрольна група). Пацієнти були обстежені за допомогою шкали реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, шкали оцінки якості життя (автор О.С. Чабан, 2008р.), Торонтської алекситимічної шкали, гіпервентиляційного тесту (Россет в модиф. Чабан О.С., Хаустова О.О., Лазебник І.В., подана заявка на патент № u 2010 04106 від 08.04.2010). Нами була запропонована гіпервентиляційна проба за наступною методикою – 2-разове виконання наступного навантаження: десять швидких, форсованих, глибоких вдихів-видихів з наступною затримкою дихання на десятому повному, глибокому вдосі до появи бажання дихати (на зразок проби Штанге). Метою було виявлення прихованих симптомів тривожних розладів та пов'язаних з ними вегето-вісцеральних симптомів, аналіз яких послугував подальшим діагностичним цілям. За нашими спостереженнями, зазвичай симптоми з'являлись на 8–10 вдиху і перших 15–25 секундах затримки дихання (тривога, паніка, відчуття задухи, запаморочення та ін.).

Для зручності застосування в діагностиці ми розділили симптоми, що виникають під час виконання гіпервентиляційної проби, на дві групи:

I – Психічні симптоми:

- Тривога
- Неспокій
- Збудження (хвилювання)
- Дерезалізація

- Деперсоналізація
- Страхи: смерті, втрати самоконтролю, божевілля
- Зниження концентрації уваги
- Погіршення відтворення пам'яті
- Звуження свідомості
- Плаксивість

II – Соматичні симптоми:

- серце і серцево-судинна система – запаморочення, непритомність, серцебиття, болі або відчуття стискання в області серця
- верхній відділ шлунково-кишкового тракту – сухість у роті або гіперсалівація, порушення ковтання, відчуття кому у горлі, нудота, блювота, болі або важкість у шлунку, відрижка, гикавка, аерофагія,
- нижній відділ шлунково-кишкового тракту – бурчання в животі, тенезми, метеоризм, болі або важкість у животі, здуття
- дихальна система – істеричний кашель, відчуття задухи, ускладнення, неможливість довільного дихання, дихання з придиhamням
- сечостатева система – полакіурія, болі або неприємні відчуття у промежині, області січового міхура, простати
- інші органи і системи – м'язові спазми, біль у м'язах, гіпертонус в кінцівках, відчуття скутості, відчуття викручування, ломоти у м'язах і суглобах, відчуття печіння шкіри, гіпергідроз, тремор, здригання, пітливість, відчуття слабкості, відчуття жару чи холоду в різних частинах тіла, генералізована тетанія

Проба вважається позитивною, якщо виникли психічні симптоми, особливо такі, як тривога та страхи. Якщо психічні симптоми (переважно тривога та страхи) не проявляються, проба є негативною і соматичні симптоми аналізуються для діагностики інших розладів, переважно соматоформних, при яких вони повторюють основну соматоформну симптоматику.

Результати дослідження та їх обговорення. Об'єм пілотного дослідження не дозволив провести повну статистичну обробку даних, але допоміг виявити певні тенденції щодо клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом X.

Середній вік обстежених контрольної групи склав 44,6 років, групи з метаболічним синдромом X – 46,3 років ($p \leq 0,01$).

В обстежених групах переважали жінки: в контрольній групі їх кількість складала 48 осіб (55,8 %), в групі пацієнтів з метаболічним синдромом X 57 осіб (58,8 %). В контрольній групі чоловіки були представлені 38 особами (44,2 %), в групі пацієнтів з метаболічним синдромом X – 40 особами (41,2 %).

Таблиця 1.

Росподіл досліджуваного контингенту за статтю

Стать	Основна група (n=97)		Контрольна група (n=86)	
	абс	%	абс	%
чоловіки	40	41,2	38	44,2
жінки:	57	58,8	48	55,8

Тривалість захворювання в контрольній групі складала 4.3 роки в той час як у пацієнтів з метаболічним синдромом X – 13.7 роки.

Клінічні прояви тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом X менш різноманітні, представлені в більшій мірі прихованими соматичною патологією панічними розладами та органічними тривожними розладами (результати наведені в таблиці 2). В групі з метаболічним синдромом X за нозологією психічні розлади були представлені панічним розладом – 52 особи (53,6%), генералізованим тривожним розладом – 17 осіб (17,6%), посттравматичним стресовим розладом – 1 особа (1%), органічним тривожним розладом – 27 осіб (27,8%). В контрольній групі психічні розлади були представлені тривожно-фобічними розладами – 1 особа (1,1%), панічними розладами – 3 особи (3,4%), генералізованим тривожним розладом – 22 особи (25,7%), змішаним тривожним і депресивним розладом – 19 осіб (22,1%), іншими змішаними тривожними розладами – 23 особи (26,8%), змішаними обсе-

Оригинальные статьи

сивними думками та діями – 2 особи (2,3%), посттравматичним стресовим розладом – 1 особа (1,1%), розладами адаптації – 9 осіб (10,6%), органічними тривожними розладами – 6 осіб (6,9%).

Таблиця 2.

Розподіл досліджуваного контингенту за психічними розладами

Діагнози за МКХ-10	Основна група (n=97)		Контрольна група (n=86)	
	абс	%	абс	%
Тривожно-фобічні розлади [F40]	—	—	1	1,1
Панічні розлади [F41.0]	52	53,6	3	3,4
Генералізований тривожний розлад [F41.1]	17	17,6	22	25,7
Змішаний тривожний і депресивний розлад [F41.2]	—	—	19	22,1
Інші змішані тривожні розлади [F41.3]	—	—	23	26,8
Змішані obsесивні думки та дії [F42.2]	—	—	2	2,3
Посттравматичний стресовий розлад [F43.1]	1	1	1	1,1
Розлади адаптації [F43.2]	—	—	9	10,6
Органічний тривожний розлад [F06.4]	27	27,8	6	6,9

Пацієнти з метаболічним синдромом Х показали вищий рівень алекситимії – 78 балів по зрівнянню з контрольною групою – 70,5 балів ($p < 0,01$). Що вказує на прихованість афекту тривоги при метаболічному синдромі Х соматичними відчуттями.

За шкалою Спілбергера-Ханіна (результати наведені в таблиці 3) рівень реактивної тривоги в контрольній групі складав у 41,6 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 44,2 балів; рівень особистісної тривоги складав в контрольній групі 16,1 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 48,2 балів.

Таблиця 3.

Рівень особистісної та реактивної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна

Рівень тривоги (в балах)	Основна група (n=97)	Контрольна група (n=86)
Реактивна	44,2	41,6
Особистісна	48,2	16,1

Це може вказувати, що у пацієнтів з метаболічним синдромом Х в генезі тривожних розладів, вищих за рівнем проявів, ніж загальній популяції, також вищу роль грають особистісні фактори, чи внаслідок довготривалості захворювання настає соматизація з відповідними особистісними змінами.

За шкалою оцінки якості життя рівень в контрольній групі складав 14,21 бали, в пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 12,94 бали.

При проведенні гіпервентиляційної проби (результати наведені в таблицях 4 і 5) у пацієнтів з метаболічним синдромом Х наряду з соматичними ознаками гіпероксигенації (які мали дуже широкий спектр та інтенсивність) виникали панічні атаки в 83,5 %, у пацієнтів загальної популяції вони виникали в 10,5%, соматичні прояви були також менш виражені та відрізнялись меншим спектром проявів. Так серед пацієнтів основної групи психічні симптоми були представлені тривогою – 97 осіб (100%), неспокоєм – 97 осіб (100%), збудженням – 68 осіб (70,1%), дереалізацією – 55 осіб (56,7%), деперсоналізацією – 56 осіб (57,7%), страхами – 81 особа (83,5%), зниженням концентрації уваги – 90 осіб (92,8%), погіршенням пам'яті – 74 особи (76,4%), звуженням свідомості – 17 осіб (17,5%), плаксивістю – 28 осіб (28,9%). Серед пацієнтів контрольної групи психічні симптоми були представлені тривогою – 77 осіб (89,5%), неспокоєм – 74 особи (86%), збудженням – 23 особи (26,7%), дереалізацією – 5 осіб (5,8%), деперсоналізацією – 6 осіб (6,9%), страхами – 9 осіб (10,9%), зниженням концентрації уваги – 53 особи (56,6%), погіршенням пам'яті – 32 особи (37%), звуженням свідомості – 8 осіб (9,3%), плаксивістю – 13 осіб (15,1%). Соматичні симптоми серед пацієнтів основної групи були представлені симптомами з боку серця і серцево-судинної системи – 92 особи (94,8%), з боку верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – 75 осіб (77,3%), з боку нижнього відділу шлунково-кишкового тракту – 70 осіб (72,1%),

з боку дихальної системи – 61 особа (62,9%), з боку сечостатевої системи – 48 осіб (49,5%), з боку інших органів і систем – 97 осіб (100%). В контрольній групі соматичні симптоми були представлені симптомами з боку серця і серцево-судинної системи – 52 особи (60,4%), з боку верхнього відділу шлунково-кишкового тракту – 46 осіб (53,5%), з боку нижнього відділу шлунково-кишкового тракту – 22 особи (25,6%), з боку дихальної системи – 17 осіб (19,7%), з боку сечостатевої системи – 14 осіб (16,2%), з боку інших органів і систем – 53 особи (61,6%).

Таблиця 4.

Психічні симптоми, спровоковані гіпервентиляційним тестом

Психічні симптоми	Основна група (n=97)		Контрольна група (n=86)	
	абс	%	абс	%
Тривога	97	100	77	89,5
Неспокій	97	100	74	86
Збудження	68	70,1	23	26,7
Дереалізація	55	56,7	5	5,8
Деперсоналізація	56	57,7	6	6,9
Страхи: смерті, втрати самоконтролю, божевілля	81	83,5	9	10,5
Зниження концентрації уваги	90	92,8	53	61,6
Погіршення відтворення пам'яті	74	76,3	32	37
Звуження свідомості	17	17,5	8	9,3
Плаксивість	28	28,9	13	15,1

Таблиця 5.

Соматичні симптоми, спровоковані гіпервентиляційним тестом

Соматичні симптоми	Основна група (n=97)		Контрольна група (n=86)	
	абс	%	абс	%
серце і серцево-судинна система	92	94,8	52	60,4
верхній відділ шлунково-кишкового тракту	75	77,3	46	53,5
нижній відділ шлунково-кишкового тракту	70	72,1	22	25,6
дихальна система	61	62,9	17	19,7
сечостатева система	48	49,5	14	16,2
інші органи і системи	97	100	53	61,6

Більшість пацієнтів, яким проводилась гіпервентиляційна проба відмічали покращення свого самопочуття (85 осіб – 87,6% з метаболічним синдромом Х та 64 особи – 74,4% контрольної групи), зниження напруги та рівня тривоги, супутніх соматичних симптомів в порівнянні із своїм станом до виконання гіпервентиляційної проби. Зазвичай покращення наступало через 5–15 хвилин після виконання гіпервентиляційної проби. Що, вочевидь, було зумовлено умовно-рефлекторним підвищенням стійкості до гіпероксигенації та гіпокапнії, пов'язаних з розвитком тривоги. Ми рекомендували пацієнтам виконувати дихальні вправи на зразок виконаної ними гіпервентиляційної проби двічі в день (вранці та ввечері), пацієнтам з панічними розладами рекомендувалось зупинити розвиток нападу аналогічними дихальними вправами. Вже через 2 тижня – місяць вони відмічали зникнення чи значне ослаблення психічних та вегето-вісцеральних проявів під час виконання ними гіпервентиляційної проби. Пацієнти відмічали покращення свого самопочуття, ті, в кого був панічний розлад, знімали розвиток панічної атаки виконанням гіпервентиляції на зразок проби (за відгукми це перевищувало на багато разів ефективність дихання у паперовий пакет), напади тривоги по їх особистим відчуттям були менш виражені.

Приклад 1.

Пацієнт С., 43 роки. Діагноз: Гіпертонічна хвороба II ст. Ожиріння II-III ст. Метаболічний синдром Х. Хворіє 9 років. Скарги на роздратованість, конфлікти на роботі, порушення сну, відчуття розбитості, втоми, занепокоєння, життєвий песимізм. Гіпотензивні ліки при-

ймав від часу до часу. Дієти не притримувався, за останні 5 років збільшення ваги на 4–5 кг за рік. Хворим на тривожний розлад себе не відчував, тривогу та страхи пов'язував з гіпертонічними кризами. На огляд прийшов за рекомендацією терапевта. На огляді тримається впевнено, але дещо напружений. Наявність тривоги заперечує. Але фіксований на хворобливих симптомах. Настрій рівний. Концентрація уваги знижена. Легко виснажується в дослідженні. Під час проведення гіпервентиляційної проби відчував напад паніки з неспокоєм, тривогою, страхом зупинки серця, тремтінням, збудженням, відчуттям нудоти, тахікардією, серцебиттям, відчуттям завмирання серця, онімінням кінцівок, головокружінням. По завершенню гіпервентиляційної проби відчував себе значно краще ніж до початку дослідження, заявив що усвідомив, що завжди на протязі 10–12 років відчував тривогу, але не міг її усвідомити, а напади паніки пов'язував з гіпертонічними кризами, хоча загострення тривоги та страхів попереджали підняття артеріального тиску. Встановлено діагноз: Панічний розлад (F 41.00). При подальшому щоденному виконанні дихальних вправ на фоні психофармакотерапії через 20 днів повідомив, що легко виконує гіпервентиляційну пробу без неприємних відчуттів, а напади тривоги попереджає виконанням дихальної вправи на зразок гіпервентиляційного тесту.

Приклад 2.

Пацієнтка М., 38 років. Діагноз: Гіпертонічна хвороба I–II ст. Ожиріння I ст. Хворіє 5 років. Скарги на плаксивість, занепокоєння, роздратованість, домашні конфлікти, зниження працездатності, порушення сну, втому, зниження життєвого тону. АД = 170/95. Час від часу приймала, корвалол, гіпотензивні препарати, але ефекту не відчувала. В співбесіді легко змінюється емоційний стан від посмішки до сумування. Розсіяна. Фіксована на своєму соматичному стані, відчутті слабкості, невпевнена в собі. Продуктивність психічних процесів нестійка внаслідок виснажливості. Пред'являє скарги соматичного характеру, симптоми психічного характеру заперечує. Під час проведення проби (під час затримки дихання) відчувала тривогу, плаксивість, головокружіння, оніміння потилиці, кінцівок, губ, біль в лівій руці та лівій половині грудної клітини, серцебиття, головний біль, відчуття кому в горлі, нечіткість зору та потемніння в очах. Після виконання проби нагадала, що подібні, але менш виражені відчуття з'явилися ще 18 років тому після весілля, що пов'язувала з родинними негараздами. Встановлено діагноз: Змішаний тривожний і депресивний розлад [F41.2].

Найбільш ефективною проба показала себе при тривожно-фобічних розладах [F40.0], панічних розладах [F41.0], посттравматичному стресовому розладі [F43.1], розладах адаптації [F43.2], органічному тривожному розладі [F06.4].

Кількість пацієнтів, що були продіагностовані даним способом склала 183 особи. У всіх випадках було відмічено високу діагностичну ефективність, яка дозволяє виявити приховану тривогу та пов'язані з нею вісцеро-вегетативні симптоми. Спосіб простий, швидкий у виконанні та не потребує додаткового обладнання.

Висновки. На підставі пілотного дослідження встановлено тенденції до накопичення серед пацієнтів з метаболічним синдромом Х переважно панічних розладів, маскованими соматичними проявами, вищий рівень прихованої тривоги, високий рівень соматизації тривожних розладів внаслідок їх довшої тривалості, більш виражені прояви гіпервентиляційного синдрому зміни в порівнянні з пацієнтами загальної популяції. На нашу думку, застосування комплексної психолого-психіатричної діагностики, раннє психотерапевтичне лікування з використанням дихальних вправ на гіпервентиляцію, когнітивно-біхевіоріальної, гіпно-сугестивної та умовно-рефлекторної психотерапії не тільки має підвищити швидкість та якість одужання, але й сприятиме суб'єктивному задоволенню пацієнтів якістю лікування та життя. Отже, результати подальшого дослідження дозволять лікарям загальної практики підвищити ефективність надання медичної допомоги відповідній категорії хворих.

Література:

1. Хаустова О. О. Психічні та психосоматичні розлади у пацієнтів з метаболічним синдромом Х (діагностика, клініка, профілактика, лікування) : дис... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. – К., 2007. – 36 арк. – Бібліогр.: арк. 269–327.
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. – Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
3. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). – К.:Мед. книга, 2009. – 125 с..
4. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / под. ред. В.И.Симаненкова. – СПб: Спец. лит, 2008 – 335 с.

Т.14, № 1(50), 2010

5. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. – М., 2001. – 100 с.
6. Вейн А.М., Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция. Кишинев: Штиинца, 1988, 183 С.
7. Da Costa J. M. On irritable heart // Amer J. Med. Scien. 1971. V. 61. P
8. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – Москва. – 2000. – 749 с.
9. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. СПб.: Ин-т мед. маркетинга. 1997. 304 с.
10. Frank H. Wilhelm, PHD, Alexander L. Gerlach, Dr Rer Nat, and Walton T. Roth, MD Slow Recovery From Voluntary Hyperventilation in Panic Disorder Psychosomatic Medicine (2001), Vol.63, P.638–649
11. Филатова Е.Г. Нейрогенные расстройства дыхания: гипервентиляционный синдром /Е.Г.Филатова //Лечащий врач. –2007. –№9. –С.70–72.
12. Бутейко К.П., Бутейко В.К., Бутейко М.М.. Строгое изложение основ теории К.П. Бутейко о физиологической роли дыхания в генезисе некоторых заболеваний / ООО “Общество Бутейко”, Воронеж, 2005, 80 с., Деп. в ВИНТИ 08.02.2005
13. G. Hibbert and D. Pilsbury, Hyperventilation: is it a cause of panic attacks? British Journal of Psychiatry (1989), Vol.155, P.805–809
14. By Rapee, Ronald M. Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder. Journal of Abnormal Psychology. Vol 95(1), Feb 1986, 24–28

Резюме: Проведено пилотное исследование тревожных расстройств у пациентов с метаболическим синдромом Х.. Полученные данные говорят о более высоком уровне тревоги, увеличением доли панических расстройств (маскированных соматической патологией), более выраженных сопутствующих вегето-висцеральных изменениях и увеличением проявлений гипервентиляционного синдрома по сравнению с тревожными пациентами общей популяции. Определена высокая эффективность гипервентиляционного теста в диагностике скрытых тревожных расстройств. Отмечено положительное влияние дыхательных упражнений по гипервентиляции с последующей задержкой дыхания в лечении тревоги. Дальнейшие исследования дадут возможность врачам общей практики более эффективно оказывать помощь этой категории больных.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, тревожные расстройства, метаболический синдром Х, сердечно-сосудистые заболевания

The Summary: A pilot study of anxiety disorders in patients with metabolic syndrome X. The data suggests a higher level of panic disorders (masked somatic pathology), more pronounced concomitant vegetative-visceral changes and increased frequency of the hyperventilation syndrome, compared with anxious patients, the general population. Determined the high efficiency of the hyperventilation test in the diagnosis of anxiety disorders. The positive effect of breathing exercises for hyperventilation followed by breath-holding in the treatment of anxiety. Further studies will enable general practitioners to better assist this group of patients.

Key words: psychosomatic disorders, anxiety disorders, metabolic syndrome X, cardio-vascular pathology