

Д.Р. Хасанова, М.Ф. Исмагилов, В.Д. Менделевич, Е.А. Баранова, В.Н. Ослопов

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

Казанский государственный медицинский университет

Р е ф е р а т. Изучены личностные характеристики у 64 больных с синдромами вегетативной дисфункции в ассоциации с одним из генетических маркеров — скоростью Na^+/Li^+ противотранспорта в мембране эритроцита. Установлено, что эмоционально-личностные расстройства более выражены у лиц с вегетативными кризами, относящихся к 3-му квартилю. Можно предположить, что уровень трансмембранного ионотранспорта имеет значение в формировании патологического психовегетативного паттерна, включая особенности личности, которые и формируют фенотипологию клинической картины.

*Д.Р. Хасанова, М.Ф. Исмагилов, В.Д. Менделевич,
Е.А. Баранова, В.Н. Ослопов*

ВЕГЕТАТИВ ФУНКЦИЈАҖРЕ БОЗЫЛУ СИНДРОМЛЫ АБЫРУЛАРНЫҢ, ФУНКЦИОНАЛЬ ХАЛӘТЕН ИСӘПКӘ АЛҖАН ХӘЛДӘ, ШӘХЕСЛӘРЕНӘ КАҖЫЛЫШЛЫ ҮЗЕНЧӘЛЕКЛӘРЕ

Вегетатив дисфункция синдромлы 64 абыруның генетик маркеларының берсе булган кызыл кан тәңчекләре мембранасында Na^+/Li^+ противотранспорты тизлеге белән бәйләп шәхес буларак характеристикалары өйрәнелде. III квартильгә караган вегетатив криз кичерүче кешеләрдә эмоциональ тайпылышларның көчлерәк чагылуы күзәтелде. Трансмембран ионотранспорт дәрәжәсенен психовегетатив паттерн тайпылышларын формалаштыруда йогынтысы бар дип фараз кылырга мөмкин.

*D.R. Khasanova, M.F. Ismagilov, V.D. Mendeleevich,
E.A. Baranova, V.N. Osloпов*

PERSONALITY PROFILE PECULIARITIES OF PATIENTS WITH VEGETATIVE DISFUNCTION SYNDROME (TAKING INTO ACCOUNT FUNCTIONAL STATE OF CELL MEMBRANES)

Personality characteristics in 64 patients with vegetative disfunction syndrome, associated with one of genetic marker — Na^+/Li^+ countertransport velocity in erythrocyte membrane have been studied. It was established that emotional and personal disorders are more manifested in persons with vegetative crises, belonging to the III rd quartile. It can be supposed that a level of transmembrane ionotransport has a significance in formation of a pathologic psychovegetative pattern, including personal peculiarities, which do form a clinical picture phenotype.

В структуре синдромов вегетативной дисфункции (СВД) наряду с вегето-висцеральными, нейроэндокринными и терморегуляционными расстройствами имеют место изменения личностного регулирования, проявляющиеся эмоциональными нарушениями [3, 9]. Известно, что личностные особенности являются частью функциональной конституции человека, и тип личности ассоциируется с особенностями вегетативного реагирования [1, 4]. В предыдущих исследова-

ниях была установлена связь особенностей типа вегетативного реагирования и клинических проявлений СВД с генетически детерминированным структурно-функциональным состоянием клеточных мембран, одним из маркеров которого служит скорость Na^+/Li^+ противотранспорта (Na^+/Li^+ countertransport — NLC) в мембране эритроцита [6].

Целью настоящей работы являлось изучение особенностей личностного профиля у больных с СВД при различном уровне NLC в мембране эритроцита.

Были обследованы больные от 19 до 56 лет (64 чел.) с различными СВД. Контрольную группу составили 60 здоровых мужчин и женщин того же возраста. В основе постановки диагноза лежали клинические критерии, формирующие рубрики классификации заболеваний вегетативной нервной системы [3]. При проведении анализа рассматривались личностные особенности больных со следующими СВД: психовегетативный синдром с перманентным типом течения (ПВС), вегетативные кризы (ВК), в структуре которых отдельно были выделены ВК с превалированием фобического компонента и ВК с нейрогенными обморочными пароксизмами. Кроме того, отмечались ортостатические обмороки, сопровождавшиеся артериальной гипотензией, которые были отнесены к проявлениям синдрома прогрессирующей вегетативной недостаточности. Клинически значимым оказались нейроэндокринный синдром, соответствовавший клинике гипоталамического синдрома, а также мигрень, рассматриваемая нами в рамках краниалгического синдрома.

У всех обследованных определяли скорость NLC в мембранах эритроцитов по методу М. Canessa [7], квантильное распределение которой на квартили легло в основу группировки больных [5] (табл. 1).

Таблица 1

Значения NLC в квартилях с учетом половой дифференцировки (мкмоль $\text{Li}^+/\text{л} \cdot \text{кл} \cdot \text{час}$)

Г р у п п ы	Женщины	Мужчины
1-й	72—165	23—215
2-й	166—208	216—293
3-й	209—267	294—383
4-й	268—361	384—578

Профиль личности определяли с помощью теста СМЛЛ в интерпретации Ф.П.Березина, М.П.Мирошникова [2] с последующим построением усредненного личностного профиля (УЛП) в сравниваемых группах по шкалам L — лжи, F — достоверности, K — коррекции, 1 — ипохондрии, 2 — депрессивности, 3 — истероидности, 4 — психопатии, 5 — половой дифференцировки, 6 — ригидности, 7 — тревожности, 8 — шизоидности, 9 — гипомании, 0 — экстраверсии-интроверсии. Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ "STATGRAPHICS" (версия 3.0) с определением достоверности по критерию Стьюдента.

Было выявлено, что наиболее благоприятное течение вегетативной дисфункции в форме перманентного ПВС наблюдалось у мужчин и женщин 2-го квартиля. У представителей 1-го квартиля одинаково часто встречался перманентный и кризовый характер течения СВД. Вегетативные кризы чаще встречались у больных 3-го квартиля, а ортостатические обмороки и гипоталамический синдром — 4-го (табл.2).

При психологическом исследовании было установлено, что УЛП здоровых лиц не превышал границу условной психической нормы (ГУПН) с наибольшими значениями по 2, 4 и 8-й шкалам. УЛП больных располагался достоверно выше профиля здоровых лиц по всем шкалам, кроме 5 и 9-й, с превышением границы психической нормы по 1, 6, 7 и 8-й шкалам, а также отличался дополнительным пиком по 1-й шкале (рис.1). Это можно расценивать как состояние дизадаптации, возникшее в связи с нарушением межличностных связей и тревогой за физическое благополучие.

При сравнении УЛП здоровых и больных лиц по квартилям с учетом пола было выявлено, что общий вид профиля больных женщин в каждом квартиле был идентичен профилю здоровых женщин. Однако у больных были обнаружены некоторые особенности. Так, про-

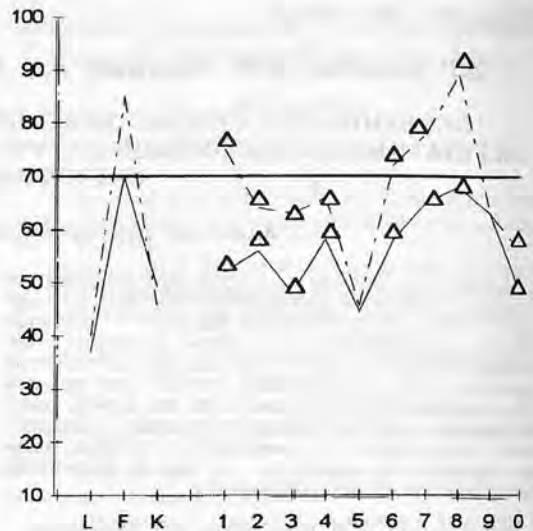


Рис. 1. Усредненные личностные профили у здоровых лиц и с СВД.

Обозначения:
 - - - - - больные
 ————— здоровые
 ————— граница условной психической нормы
 $\Delta P < 0,05$
 То же на рис. 2—10.

фили больных женщин 1 и 2-го квартилей характеризовались большими значениями по 1, 3, 6 и 8-й шкалам, отражающими конверсионный способ вытеснения тревоги у представительниц 2-го квартиля. Дополнительный пик по 7-й шкале в 1-м квартиле свидетельствовал о том, что такая форма поведения у больных этого квартиля не вытесняет тревогу (рис.2, 3). УЛП женщин в 3-м квартиле с СВД отличался более высоким уровнем по шкалам невротической триады (1, 2 и 3-я шкалы). В то же время значения 7 и 8-й шкал как у больных, так и у здоровых превышали границу условной психической нормы, отражая высокий уровень тревожности и затруднения в социализации. Это позволяет предположить, что даже у здоровых представительниц этого квартиля существуют начальные проявления психосом-

Таблица 2

Распределение синдромов вегетативной дисфункции по квартилям (в %)

Синдромы, симптомы	Квартили				Достоверность
	1-й	2-й	3-й	4-й	
Перманентный характер ПВС	33,0	51,8	0	12,1	$P_{2-3, 2-4} < 0,05$
Вегетативные кризы	58,1	48,2	81,4	31,4	$P_{1-3, 2-3, 3-4} < 0,05$
Ортостатические обмороки с артериальной гипотензией	0	0	7,4	21,2	$P_{1-4, 2-4, 3-4} < 0,05$
Гипоталамический синдром	9,9	0	11,2	36,3	$P_{1-4, 2-4} < 0,05$
Алические синдромы	59,5	29,6	40,7	36,3	$P_{1-2, 1-4} < 0,05$

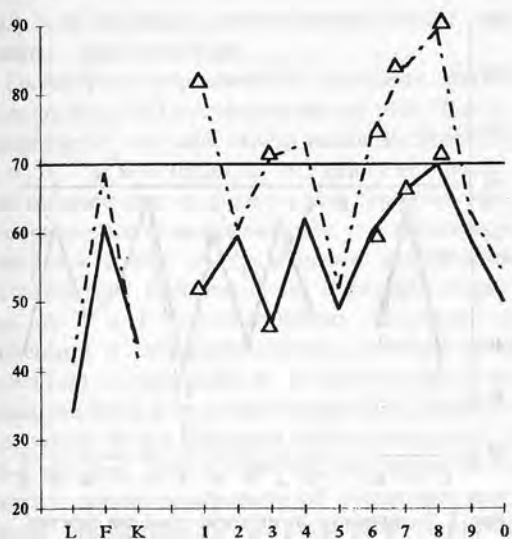


Рис. 2. Усредненные личностные профили женщин 1-го квартиля.

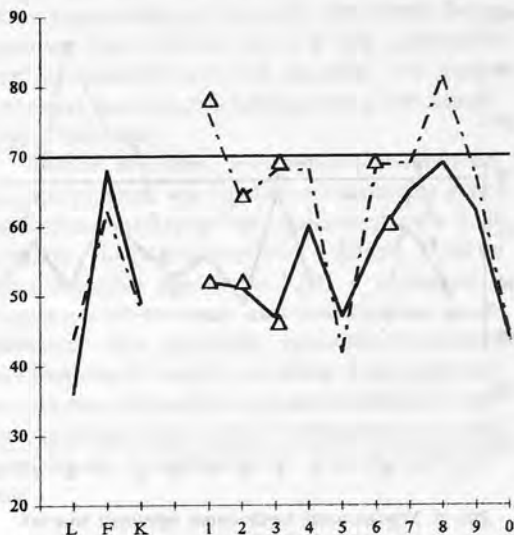


Рис. 3. Усредненные личностные профили женщин 2-го квартиля.

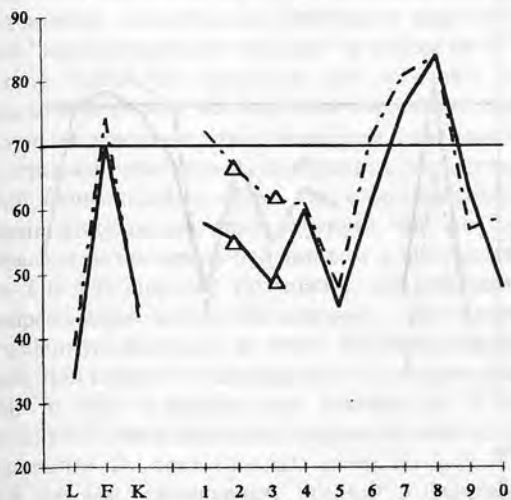


Рис. 4. Усредненные личностные профили женщин 3-го квартиля.

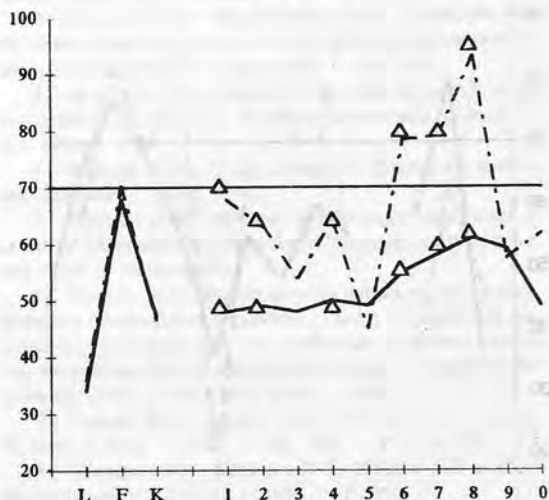


Рис. 5. Усредненные личностные профили женщин 4-го квартиля.

тизации (рис. 4). УЛП женщин с СВД в 4-м квартиле имел выраженные пики по 1, 4, 6, 7 и 8-й шкалам с превышением ГУПН, указывающим на формирование ригидной, аффективно заряженной установки физического неблагополучия (рис. 5).

Сопоставление данных УЛП здоровых и больных мужчин по квартилям выявило, что личностные профили больных мужчин характеризовались более высокими значениями, чем в контрольной группе. Среди больных у мужчин 1-го квартиля более высокие значения определялись по 1, 6, 7 и 8-й шкалам, отража-

ющим нарушение социализации, соматизацию тревоги, проявлявшейся чувством апатии и раздражительностью (рис. 6). Во 2-м квартиле личностные профили здоровых и больных лиц имели практически одинаковые значения, за исключением повышенных по 7 и 8-й шкалам, и пика по 1-й шкале, по которым можно судить о наличии тревоги и заботы о физическом благополучии последних (рис. 7). У больных мужчин 3-го квартиля наблюдался резкий подъем по 1, 3 и 6-й шкалам, а по 8-й шкале значения были одинаково высокими как у боль-

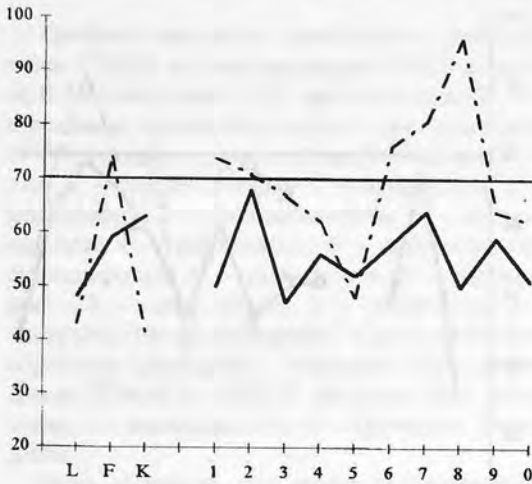


Рис. 6. Усредненные личностные профили мужчин 1-го квартиля.

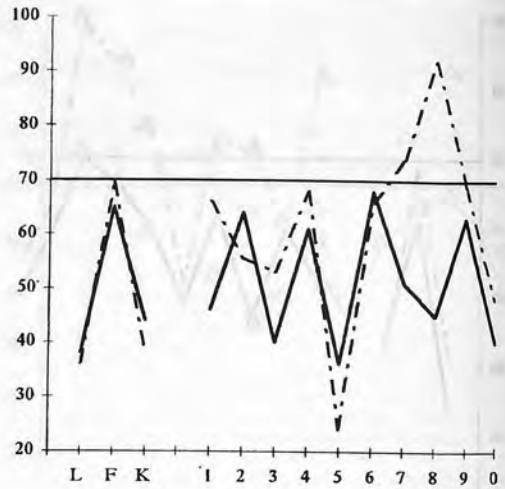


Рис. 7. Усредненные личностные профили мужчин 2-го квартиля.

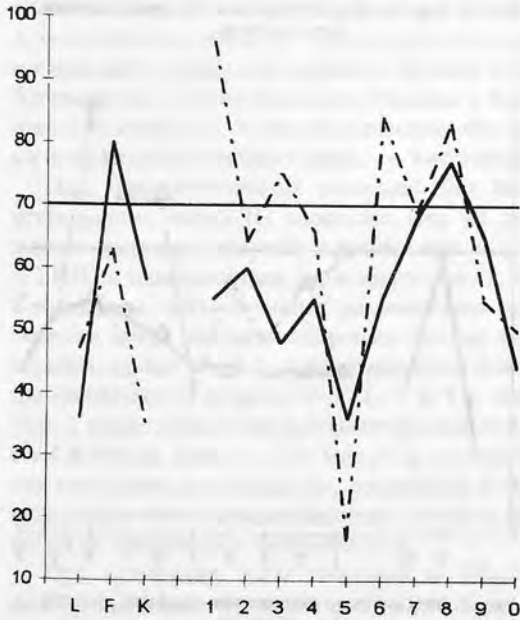


Рис. 8. Усредненные личностные профили мужчин 3-го квартиля.

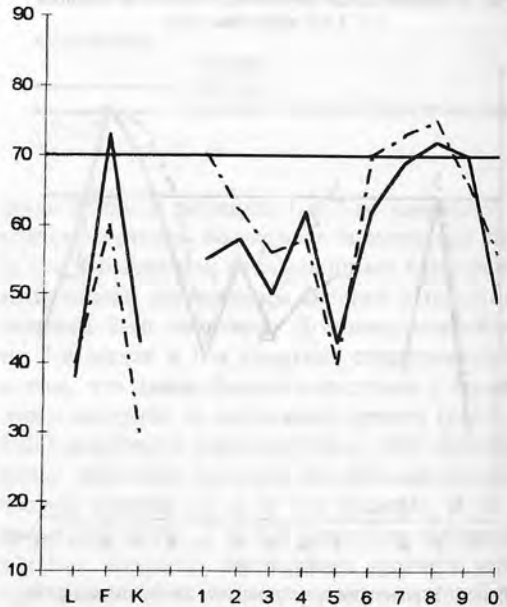


Рис. 9. Усредненные личностные профили мужчин 4-го квартиля.

ных, так и у здоровых. Такой тип профиля отражает дисгармоничность и состояние дизадаптации, поскольку, с одной стороны, имеются выраженные черты мужского характера (установка на собственные критерии, агрессивность, склонность к соперничеству и лидерству), а с другой — использование конверсионного способа устранения тревоги, характерного для женщин (рис.8).

УЛП мужчин с СВД и контрольной группы

4-го квартиля имели практически равные высокие значения по 6—8-й шкалам с УЛП и отличались выраженными пиками по 1 и 4-й шкалам, что выявляло состояние дизадаптации как в основной, так и в контрольной группе с тенденцией к формированию у больных мужчин ограничительного поведения — “ножницы” по 9—0-й шкалам (рис. 9). Таким образом, выраженные эмоционально-личностные изменения были обнаружены у женщин и мужчин с

СВД 3-го квартиля, менее значительные — у больных 2-го квартиля.

Графически усредненные профили лиц с различными СВД представлены на рис. 10 и 11. Практически все они имели высокие значения по 1, 6, 7 и 8-й шкалам, отражавшие состояние тревожности о физическом благополучии и затруднения в социализации, с максимумом у больных с ВК, протекавшие с фобическим компонентом. Сочетание их с резким подъемом по 0 и К шкалам могло указывать на тенденции к ограничительному поведению в результате соматизации и на склонность к агравации. Лица с перманентным ПВС характеризовались более низкими значениями по 1, 4 и 6-й шкалам. Одновременное снижение по 0-й шкале свидетельствовало об обширных контактах, лишенных эмоциональной окраски. Значения шкал у лиц с ВК были средними между значениями описанных выше профилей. УЛП лиц с ВК, сопровождавшимися нейrogenными обмороками, отличался выраженной “конверсионной триадой” и пиком по 6-й шкале. Такой тип профиля мог указывать на дисгармоничность, болезненное состояние, давление ипохондрическими жалобами, склонность к игровым действиям и симуляции. Усредненный личностный профиль лиц с ортостатическими обмороками имел ведущий пик по 2-й шкале и незначительный подъем в виде плато по 7 и 8-й шкалам. Возможно, это отражало депрессивный тип реагирования — пассивную жизненную позицию и отказ от самореализации, при стрессе — склонность к стоп-реакциям, то есть к блокировке активности. УЛП больных с мигренозными пароксизмами имел типичные для всех больных пики по 1, 6, 7 и 8-й шкалам, отражавшие тревогу о физическом благополучии, а отличительной особенностью были низкие значения по шкале половой дифференцировки, свидетельствовавшие об усилении внешних проявлений неконвенционального поведения. Личностный профиль лиц с

гипоталамическим синдромом отличался более высокими значениями по 4 и 6-й шкалам и более низкими по 1 и 8-й шкалам, что могло определять ригидность поведения и резистентность к лечению.

Таким образом, эмоционально-личностные расстройства максимально выражены у лиц с вегетативными кризами, относящихся к 3-му квартилю. На основании этого факта, а также соотнесенности характера УЛП у здоровых и больных в одноименных квартилях можно предположить, что уровень трансмембранного ионотранспорта имеет значение в формировании патологического психовегетативного паттерна, включая особенности личности, которые и формируют фенотипологию клинической картины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акиншикова Г.И. Соматическая и психофизиологическая организация человека. — Л., 1977.
2. Березин Ф.Б., Миропшиков М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психологии). — М., 1976.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. — М., 1998.
4. Мажуга П.М., Хрисанфова Е.Н. Проблемы биологии человека. — Киев, 1980.
5. Ослопов В.Н. Значение мембранных нарушений в развитии гипертонической болезни: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук — Казань, 1995.
6. Хасанов Н.Р. Вариабельность ритма сердца и особенности вегетативной регуляции у лиц с пограничной артериальной гипертензией при различных значениях скорости натрий-литиевого противотранспорта в эритроцитах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — 1996.
7. Canessa M.L., Agragno N.S., Solomon H.S. et al. // N. Engl. J. Med. — 1980. — Vol. 302. — P. 772–776.
8. Khasanova D.R., Khasanov N.R., Yakupov E.Z. at all. // Brain Pathology. — Vol. 4. — 1994. — P.539.
9. Perez H., Reicherts M. Stress: health and coping. — Bazel, 1992.

Поступила 17.06.99.

