

УДК 616.89+615.862

ВИРОБНИЧІ ФАКТОРИ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Хаустова О. О., Чабан О. С.

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії і наркології
МОЗ України, Київ

Ключові слова: психосоматичні розлади, професійні фактори, реабілітація.

Необхідність забезпечення високої працездатності і надійності людини, її адаптації до умов праці вимагає перенесення акценту з експертизи захворювань працівників на забезпечення їхнього професійного здоров'я. Для того щоб підтримувати здоров'я на достатньому рівні, важливо зберігати й розвивати задані компенсаторні та захисні реакції, що мінімізують психофізіологічну вартість діяльності і збільшують професійне довголіття, створюють фізичний, психічний і соціальний добробут. Зберегти професійне здоров'я можна за допомогою динамічного контролю психофізіологічних резервів, підтримкою їх на оптимальному рівні, а в разі потреби — відновленням цих резервів.

Фізіологічними корелятами негативних емоцій стають підвищений системний артеріальний тиск, прискорене дихання, зміна тону сечового міхура, секреторної і моторної активності травного тракту, напруга скелетної мускулатури і підвищена згортваність крові. Згодом може формуватися хронічне емоційне збудження негативного біологічного знаку; це створює загрозу тривалої післядії, сумації негативного емоційного збудження і генералізації впливу останнього на мозкові структури і вісцеральні функції [4].

У центрі психосоматичного страждання перебуває, як правило, орган, найуразливіший і найважливіший, на думку індивіда, для життєдіяльності організму і його існування взагалі. «Вибір органа» визначається переважною спрямованістю захисно-приспосувальних механізмів, що зумовлюють відомий ефект ушкодження внаслідок наростання психосоматичної дезінтеграції в умовах тяжкої чи тривалої стресової ситуації [1].

Дані опитувань населення свідчать, що наявність у здорових дорослих щонайменше одного соматичного симптому є загальним правилом, а не винятком. Поширеність кожного із симптомів окремо, наприклад утоми, головного чи поперекового болю, характеризується частотою 25-50% залежно від методу визначення [5].

Підвищене навантаження на психоемоційні та психореактивні якості особистості, зумовлене

впливом сучасної техніки й високих швидкостей на залізничному транспорті, що стосується передусім водіїв, накладає особливий відбиток, зокрема, на виникнення та перебіг функціонально-нервових захворювань. Висока психоемоційна напруга, що супроводжує професійну діяльність машиністів локомотивів і поїзних диспетчерів, призводить до розвитку в них порушень функціонального стану, до підвищення невротичної і психосоматичної захворюваності.

У систематичному огляді [3] засвідчено зв'язок між монотонною роботою з великими навантаженнями й дефіцитом часу — і розладами опорно-рухового апарату, підтверджений даними поперечних і проспективних досліджень. Ступінь задоволеності роботою також пов'язаний з поняттям виробничого стресу [4]. Якщо працівники з низьким рівнем задоволеності роботою частіше повідомляють про симптоми стресу, то люди з функціональними соматичними симптомами набагато частіше повідомляють про відчуття напруги, що зростає на роботі, про грубе ставлення до них з боку інших — протягом кількох місяців до виникнення симптоматики.

Консультавання нами хворих у поліклініці та стаціонарах загального профілю виявило, що у соматичній сфері симптоми та скарги, які звичайно домінують у клінічній картині, включають: головний біль та біль в інших органах, неспецифічний біль (46%); надмірну чутливість до шуму й інших сенсорних стимулів (27%); непереносність зміни температури, особливо її зниження (9%); диспепсію й інші гастроінтестинальні проблеми (16%); запаморочення (11%); тремтіння (7%); сексуальні дисфункції (14%). Крім того, хворі скаржилися на «виснаженість» (раптову і надмірну втому, що виникає навіть після найменших фізичних і психічних навантажень), загальну фізичну слабкість і втомлюваність (68%). Ці симптоми не належали безпосередньо до наявних органічних хворобливих процесів, хоча вони можуть виникати і після епізоду соматичного захворювання.

Ми досліджували стан працівників локомотивно-

го депо — машиністів і помічників машиністів. Цей контингент працює в умовах потрійної депривації: сну, руху і спілкування. Напружено-монотонний вид діяльності машиніста поєднується з високим психоемоційним навантаженням, «роздвоєністю діяльності» (одночасно керування локомотивом, спостереження за потягом, ведення радіопереговорів), з підвищеним інформаційним навантаженням, дефіцитом часу під час прийняття рішення, частою зміною фізіологічного стереотипу відповідно до графіка роботи. Під впливом гострих чи хронічних стресових виробничих і невиробничих чинників виникає надмірна напруга і подальший зрив індивідуальних захисних та адаптаційних механізмів. Саме висока психоемоційна напруга, що супроводжує професійну діяльність машиністів локомотивів і поїзних диспетчерів, спричинює розвиток у них порушень функціонального стану і підвищення невротичної і психосоматичної захворюваності. Серед ситуацій, що травмують психіку, хворі на перше місце ставлять психогенні моменти, які виникають в них у виробничих умовах, особливо під час поїздки. Для водіїв це наїзд на людину, несправність локомотива та ін. Таким чином, своєрідність психогенних реакцій і неврозів у цього професійного контингенту визначається переважно виробничим змістом відповідних психогенних ситуацій.

Аналізуючи захворюваність контингентів водійського і диспетчерсько-операторського складу на залізничному транспорті, ми виявили, що за складом диспансерних груп найуразливішою виявилася серцево-судинна система (коливання артеріального тиску, порушення ритму, алгічні синдроми), шлунково-кишковий тракт (дискінезії, ерозії та виразки).

Обстеження цих же контингентів під час профілактичних оглядів дало можливість виявити низку психосоматичних реакцій, які на тлі збереження працездатності індивідів все ж знижували рівень їхніх професійно важливих якостей. Ми виявили такі синдромально не завершені вісцерально-вегетативні розлади: асиметрія і коливання артеріального тиску, найчастіше — його підвищення, периферичні ангіодистонічні симптоми, гіпергідроз, лабільність пульсу, естрасистолія, судинна цефалгія, метеоризм, дискінезії кишківника на тлі астенизації у вигляді стомлюваності, зниженої працездатності, емоційної лабільності з внутрішньою напругою, легкою пригніченістю, занепокоєнням, побуюваннями з приводу свого здоров'я і професійної придатності.

За нашими спостереженнями, психосоматичні реакції виникали частіше під дією хронічних стресових чинників. Однак, за даними останніх років, в умовах, коли відбувається поєднання хронічного виробничого стресу (складні умови праці, загроза

безробіття тощо) і гострого виробничого стресу (брак у роботі, нещасливий випадок і под.), психічна дезадаптація все частіше маніфестує психосоматичні ангіодистонічні розлади, наприклад синкопальні стани, зокрема в чоловіків.

У разі тривалої дії чинників, що травмують психіку, у багатьох випадках виникає трансформація субклінічних проявів дезадаптації у клінічні, з'являються ініціальні форми межових психічних розладів. Із психосоматичних реакцій формуються психосоматичні розлади (ПСР), що наявні у 53,6% пацієнтів лікарень загального профілю [1]. Наприклад, модель психосоматичних співвідношень, що враховує взаємний вплив психічних і соматичних чинників як на психологічному, так і на клінічному рівнях, дає змогу виділити: соматизовані психічні реакції (соматоформні розлади — F45) — органічні неврози (27%); психогенні реакції, що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням, — нозогенні (57%); реакції симптоматичної лабільності — психосоматичні захворювання у традиційному «вузькому» розумінні (14%); реакції екзогенного типу — соматогенні (близько 1%).

У нашій практиці відповідно до особливостей контингенту (приховування симптомів хвороби через ризик втратити роботу, напружено-монотонний вид діяльності, десинхроноз тощо) найчастіше спостерігаються власне психосоматичні захворювання і соматоформні розлади. Попри все те, гіпертонічна хвороба трапляється частіше, ніж у популяції (з урахуванням статі та віку), а виразкова хвороба — не частіше, якщо враховувати і її наявність в анамнезі. Однак кількість загострень і ускладнень, спричинених виробничими чинниками, значно більша.

Лікування психосоматичних розладів вимагає комбінування різноманітних методів психотерапії та застосування медикаментозних засобів (транквілізатори, антидепресанти, ноотропні препарати, нейролептики). Використання психотропних засобів проводиться нами з урахуванням можливих соматотропних ефектів психофармакологічних препаратів та їхньої взаємодії із соматотропними медикаментами, а також фаху хворого та можливості його подальшого допуску до роботи. За даними катмнезу, найбільш ефективним є поєднання психофармакотерапії із психотерапією.

Практика доводить, що у наданні психіатричної допомоги хворим на психосоматичні розлади ефективною є модель «прикріплення — взаємодії» (психіатр і лікар загальної практики лікують хворого спільно). Для стаціонарної допомоги хворим на непсихотичні психосоматичні розлади найдоцільнішими є спеціалізовані психоневрологічні (кризисні, реабілітаційні) відділення у складі багатопрофільних лікарень.

Ми розробили принципи діагностики та корекції психічного стану залізничників без відриву від виробництва — з акцентом на професійно важливі якості, лікування осіб з дезадаптаційними реакціями психіки, гострими стресовими реакціями, пост-

травматичними стресовими розладами й іншими формами межових нервово-психічних розладів. Це дає можливість удосконалення організації лікувально-реабілітаційної і психопрофілактичної допомоги в умовах конкретних транспортних підприємств.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональной системы. — М.: Наука, 1980. — 197 с.

2. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медпомощи) // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — № 4.

3. Bongers P. M., de Winter C. R. Psychosocial factors of work

and musculoskeletal disease // Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. — 1993. — N 19. — P. 297—312.

4. Hotopf M. N. et al. Chronic fatigue and psychiatric morbidity following viral meningitis: a controlled study // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1996. — N 60. — P. 504—509.

5. Matthew H. Occupational factors and unexplained physical symptoms // Advances in Psychiatric Treatment. — 1998. — N 4. — P. 151—158.

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ В ЕТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е. А. Хаустова, О. С. Чабан

Представлены основные производственные факторы и обрисованы клинические проявления психосоматических расстройств в отдельных профессиональных группах. Описаны особенности лечения и модель предоставления специализированной психиатрической помощи в стационаре многопрофильной больницы.

THE OCCUPATIONAL FACTORS IN THE ETIOPATHOGENESIS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Е. А. Khaustova, O. S. Chaban

The base occupational factors and the clinical features of the psychosomatic disorders were examined. The aid providing model and the treatment peculiarities were described.