

*О. И. Лобойко*

**ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

*О. І. Лобойко*

**ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ**

*O. I. Loboiko*

**DEPRESSIVE DISORDERS OF THE PATIENTS WITH VEGETATIVE DYSFUNCTION SYNDROME**

С целью выявления распространенности депрессивных расстройств у больных с синдромом вегетативной дистонии проведена оценка состояния вегетативных функций у 155 больных. Изучены некоторые нейрофизиологические показатели. Оценена степень выраженности депрессии у обследуемых по шкалам Бека и Гамильтона. Определены уровни реактивной и личностной тревожности по данным шкалы Спилбергера — Ханина. Сопоставлена выраженность вегетативных и депрессивных расстройств у больных исследуемых групп и их взаимовлияние. Депрессивные расстройства различной степени тяжести выявлены у подавляющего числа обследованных, которые составили основную группу (ОГ = 105 чел.). У 50 больных, сформировавших контрольную группу (КГ), имел место синдром вегетативной дисфункции без признаков депрессии. По результатам оценки выраженности депрессии по шкалам Бека и Гамильтона среди больных ОГ выделены две подгруппы: I ПОГ, с преобладанием депрессивных расстройств над вегетативными и II ПОГ, у больных которой ведущим был синдром вегетативной дистонии (СВД) с сопутствующими депрессивными расстройствами. Эти две подгруппы ОГ отличались и по уровням реактивной и личностной тревожности. В I ПОГ больных реактивная тревожность преобладала над личностной, тогда как во II ПОГ — реактивная и личностная тревожность достоверно не отличались. Более выраженные вегетативные расстройства были отмечены у больных I ПОГ.

У подавляющего большинства больных с СВД выявлены депрессивные расстройства с высокими уровнями реактивной и личностной тревожности, существенно влияющие на течение и проявления вегетативной дисфункции.

**Ключевые слова:** вегетативная дисфункция, депрессия, психометрические шкалы

З метою виявлення розповсюдженості депресивних розладів у хворих з синдромом вегетативної дистонії (СВД) було проведено оцінку стану вегетативних функцій у 155 хворих. Вивчені деякі нейрофізіологічні показники. Проведена оцінка ступеня вираження депресії у обстежених за шкалами Бека і Гамільтона. Визначені рівні реактивної та особистої тривожності за даними шкали Спілбергера — Ханіна. Зіставлена вираженість вегетативних і депресивних розладів у хворих досліджуваних груп і їх взаємовплив. Депресивні розлади різного ступеня важкості виявлені у переважній кількості обстежених, які склали основну групу (ОГ = 105 чол.). У 50 хворих, які сформували контрольну групу (КГ), мав місце синдром вегетативної дисфункції без ознак депресії. За результатами дослідження вираженості депресії за шкалами Бека і Гамільтона серед хворих ОГ визначені дві підгрупи: I ПОГ, з переважанням депресивних розладів над вегетативними і II ПОГ, у хворих якої переважав синдром вегетативної дистонії (СВД) з супутніми депресивними розладами. Ці дві підгрупи ОГ різнилися за рівнями реактивної й особистісної тривожності. В I ПОГ хворих реактивна тривожність переважала над особистісною, тоді як в II ПОГ — реактивна і особистісна тривожність достовірно не відрізнялися. Більш виражені вегетативні розлади були виявлені у хворих I ПОГ.

У переважній кількості хворих з синдромом вегетативної дистонії виявлені депресивні розлади з високими рівнями реактивної та особистісної тривожності, які суттєво впливають на перебіг і прояви вегетативної дисфункції.

**Ключові слова:** вегетативна дисфункція, депресія, психометричні шкали

To determine the prevalence of depressive disorders of the patients with the vegetative dystonia syndrome the vegetative function condition of 155 patients was evaluated. Some neurophysiologic parameters were studied. The degree of depression severity in the examined according to the scales of Beck's and Hamilton was assessed. The levels of reactive and personal anxiety were defined according to the scale of Spielberger — Hanin. Intensity of vegetative and depressive disorders of patients in the target groups and their mutual influence were compared. It was shown that depressive disorders of various degrees were found in the overwhelming number of persons surveyed, which constituted the main group (MG = 105 people). 50 patients, who formed the comparative group (CG), have a syndrome of vegetative dysfunction with no signs of depression. According to the assessment of depression on Beck's and Hamilton's scales two subgroups were identified among MG patients, one with domination of depressive disorders over the vegetative and the other, among patients with the leading syndrome of vegetative dystonia (SVD) with concomitant depressive disorders. These two MG subgroups were also different on the levels of reactive and personal anxiety. In 1<sup>st</sup> MGS of the patients reactive anxiety prevailed over personal, whereas in 2<sup>nd</sup> MGS — reactive and personal anxiety did not differ significantly. More severe vegetative dysfunctions were observed with the patients of 1<sup>st</sup> MGS.

Depressive disorders with high levels of reactive and personal anxiety that affect significantly on the course and manifestations of vegetative dysfunction were detected in the vast majority of patients with SVD.

**Keywords:** vegetative dysfunction, depression, psychometric scales

Особенности темпа жизни современного человека требуют от него повышенных физических и эмоциональных затрат, что приводит к истощению высших корковых функций и развитию различных, в первую очередь, психосоматических расстройств. Именно ослабление корковых воздействий на высшие нейроэндокринные центры рассматривается как основной патогенетический механизм развития этих

расстройств. Теме вегетативной дисфункции посвящено большое количество исследований, но несмотря на это, актуальность ее лечения не уменьшается [8].

Среди больных с вегетативными расстройствами, обращающихся на прием к невропатологу, часто встречаются малые и субсиндромальные депрессии, существенно влияющие на течение основного заболевания, а в отдельных случаях — и выступающие пусковым механизмом их развития.

Отсутствие точных эпидемиологических данных о распространенности депрессий среди неврологических больных имеет много причин. Несмотря на большой разброс данных, все исследователи сходятся в одном — депрессия среди больных с неврологической патологией встречается значительно чаще, чем в общей популяции [2, 6, 7, 9, 13].

Основными жалобами, предъявляемыми такой категорией больных, являются учащенное, часто приступообразное, сердцебиение, ощущение нехватки воздуха и удушье, предобморочное состояние (липотимия), кардиалгия, головокружение, длительная гипертермия, непроходящая тошнота, мышечные боли и т. п. Пиком развития являются панические атаки — вегетативные пароксизмы, устрашающие больных. Эта категория пациентов имеет на руках многочисленные, по несколько раз перепроверяемые результаты исследований всевозможных органов и систем, между тем не отражающих наличие органической патологии. Тщетны и безуспешны попытки лечения с применением ноотропных, сосудистых и метаболических препаратов.

При целенаправленном расспросе у этих больных выявляются субклинические эмоциональные расстройства, характерные для скрытой «маскированной» депрессии: внутреннее напряжение, тревога, необоснованный страх, нарушение сна [13], снижение настроения, либидо, аппетита, выраженная общая слабость и быстрая утомляемость, снижение интереса к окружающему, отсутствие положительной перспективы в жизни и т. д.

Объективизировать наличие депрессии, особенно ее субклинических форм, оценить степень ее выраженности позволяют психометрические шкалы Бека, Гамильтона и др. Как отмечают авторы [2—4, 10], объединяющим моментом для этих расстройств является наличие разнообразных вегетативно-соматических симптомов, вызывающих выраженную физическую, социальную и профессиональную дезадаптацию больных при отсутствии очевидной органической причины для их возникновения. В этом контексте вегетативные расстройства как пароксизмального, так и перманентного характера рассматриваются в рамках тревожных или тревожно-депрессивных расстройств.

Исследователей интересовал вопрос, что же является первичным, а что — вторичным: депрессия по отношению к СВД или наоборот? Если эпизоды депрессии появились до панических расстройств (ПР), а панические атаки (ПА) появляются только в период депрессии, то ПР являются вторичными по отношению к депрессии. Если же депрессия появляется только при наличии ПР и, как правило, на определенном этапе их развития, то вероятнее всего, речь идет о первичном ПР и вторичной депрессии.

Цель работы — изучить распространенность и особенности депрессий у больных с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) и клинко-патологическую характеристику соотношений депрессивных и вегетативных расстройств.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние вегетативных функций исследуемой группы больных с последующим динамическим наблюдением в процессе лечения.

2. Сопоставить взаимоотношения вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем у исследуемых групп больных путем вариационной пульсометрии.

3. Оценить степень выраженности депрессии у обследуемых групп больных по шкалам Бека и Гамильтона.

4. Определить уровни реактивной и личностной тревожности по данным шкалы Спилберга — Ханина.

6. Сопоставить выраженность вегетативных и депрессивных расстройств у больных обследуемых групп.

Нами были обследованы 170 больных с СВД на предмет выявления у них депрессивных расстройств. В процессе наблюдения по различным причинам было 15 больных. Из оставшихся больных сформированы две группы: основная группа больных с синдромом вегетативной дисфункции и депрессивными расстройствами (105 человек) и контрольная группа (50 человек) с синдромом вегетативной дисфункции без депрессивных расстройств.

Всем пациентам проведены клинко-неврологическое, соматическое обследование, общеклинические анализы. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось по результатам опросника Вейна, определению вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД). Оценку выраженности депрессии проводили при помощи шкал Бека и Гамильтона. Уровни реактивной и личностной тревожности оценивались по результатам шкалы Спилберга и Ханина. Также проводились нейрофизиологические исследования: электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалография (Эхо-ЭГ); исследование мозгового кровотока части большого мозга при помощи ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) сосудов шеи и головы, части — при помощи реоэнцефалографии (РЕГ). Характер симпатико-парасимпатических соотношений изучали методом вариационной пульсометрии (ВПМ) с математическим анализом сердечного ритма по данным электрокардиографии (ЭКГ).

Депрессивные расстройства различной степени тяжести выявлены у 105 (61,8 %) обследованных больных, которые были отнесены в основную группу (ОГ). У 50 больных, сформировавших контрольную группу (КГ), имел место СВД без признаков депрессии. По результатам оценки выраженности синдрома вегетативной дисфункции и депрессии по шкалам Бека и Гамильтона среди больных ОГ выделены две подгруппы, у пациентов одной из которых преобладали депрессивные расстройства над вегетативными (I ПОГ — 57 больных) и другой (II ПОГ — 48 больных), у больных которой ведущим был СВД с сопутствующими депрессивными расстройствами.

Среди жалоб, предъявляемых больными ОГ, доминировали общая слабость, быстрая утомляемость, снижение настроения с его угнетением, чувством тоски, вины, необоснованные страх и тревога, снижение аппетита и массы тела, нарушения сна, ощущение дискомфорта или «кома» в горле, давящие головные боли, усиливающиеся при эмоциональных и минимальных физических нагрузках, изменении погоды, отсутствие удовольствия, диффузные, плохо локализованные и часто мигрирующие мышечные боли. В этой группе

больных наряду с жалобами тревожно-депрессивного спектра присутствовали и вегетативные, с преобладанием участия сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Чаще всего больные отмечали пароксизмальное сердцебиение, сопровождающееся повышением артериального давления (АД), с усилением тревоги и страха, доходящих до уровня паники. Многие отмечали гипервентиляционные расстройства в виде приступообразного удушья, с учащенным дыханием, нехваткой воздуха либо перманентные нарушения в виде неполноценного вдоха. При общении с такими больными обращали на себя внимание частые «горестные» вздохи. Со стороны пищеварительной системы среди жалоб доминировали нарушения пищевого поведения, где преобладало снижение или выраженное угнетение аппетита над его повышением, хотя 14 больных отметили и склонность к обжорству с повышением веса. Частыми расстройствами, зафиксированными в жалобах больных, были нарушения деятельности кишечника, как в виде поносов, так и запоров; вздутие кишечника, отрыжка воздухом. Здесь необходимо подчеркнуть, что подавляющее число больных с синдромом раздраженной толстой кишки длительно и безуспешно лечились у гастроэнтеролога или терапевта по поводу дисбактериоза или другой гастроинтестинальной патологии. Однако отсутствие понимания сути происходящего с больными со сто-

роны врачей-интернистов не давало возможности вовремя оказать специфическую помощь больному. Это касается не только нарушений со стороны пищеварительной системы, но и сердечно-сосудистых расстройств, протекающих в виде симпатoadренальных пароксизмов, которые чаще воспринимались и лечились как гипертонические кризы, несмотря даже на молодой возраст больных. Одним из вопиющих примеров является больная О. 26 лет, у которой гипервентиляционные пароксизмы были расценены терапевтом как приступы бронхиальной астмы, которые около 1 года пытались купировать введением гормонов и назначением ингаляционных препаратов.

Тщательно собранный анамнез позволил выявить не только длительность заболевания, но и соотносить с ним уровни тревожности и депрессии. Вначале остановимся на исходных показателях уровней депрессии, оцененных по шкалам Бека и Гамильтона, и уровнях реактивной и личностной тревожности, отраженных участниками исследования в шкале Спилбергера — Ханина (табл. 1). Самый высокий уровень как депрессивных, так и тревожных расстройств зарегистрирован у больных I ПОГ. Достоверная разница по уровню как реактивной, так и личностной тревожности выявлена между больными I ПОГ и КГ, что свидетельствует в пользу суждения о том, что присоединение депрессивных расстройств к СВД увеличивает выраженность тревожности.

Таблица 1

Показатели исходных уровней депрессии, реактивной и личностной тревожности у больных с СВД

Показатель	I ПОГ	II ПОГ	КГ
Уровень депрессии по шкале Бека	23,33 (2,1)	15,83 (1,3)	6,6 (0,4)
Уровень депрессии по шкале Гамильтона	26,0 (2,4)	19,16 (1,9)	6,0 (0,3)
Уровень реактивной тревожности	60,14 (3,8)	51,97 (2,9)	46,3 (2,0)
Уровень личностной тревожности	57,39 (2,7)	50,1 (2,1)	46,0 (1,9)

Таблица 2

Показатели исходных уровней тревоги и депрессии у больных основной и контрольной групп в зависимости от длительности заболевания

Длительность заболевания	Количество пациентов						Уровень тревожности			Уровень депрессии		
	I ПОГ		II ПОГ		КГ		I ПОГ	II ПОГ	КГ	I ПОГ	II ПОГ	КГ
	абс.	%	абс.	%	абс.	%						
До 3-х мес.	8	14	14	29,2	13	26,6	56,38	63,43	47,8	20,63	16,36	6,2
От 3-х мес. до 1 года	22	38,6	11	22,9	20	40	61,14	51,0	47,8	22,64	17,36	8,4
От 1 до 3-х лет	17	29,8	13	27,1	13	26,6	60,59	53,08	46,0	20,17	15,77	7,0
Свыше 3-х лет	10	17,5	10	20,8	4	6,6	61,10	54,1	44,0	25,7	15,0	5,0

Из таблицы 2 видно, что практически во всех группах преобладали больные с длительностью заболевания от 3-х месяцев до 1 года, несколько меньше — от 1 до 3-х лет. Сопоставляя длительность заболевания и уровень тревожности, обратили внимание, что в I ПОГ с течением времени тревожность нарастала до достоверной разницы показателей между больными с длительностью заболевания до 3-х мес. и после 3 лет ( $p < 0,005$ ). Та же тенденция четко прослеживается в I ПОГ и с показателями уровня депрессии, где также с течением времени уровень депрессии повысился, особенно достоверная разница наблюдалась между больными с длительно-

стью заболевания до 3-х мес. и после 3-х лет. Во II ПОГ, среди больных которой преобладали явления СВД над депрессивными расстройствами, уровни тревожности с течением времени уменьшались также до достоверной разницы. Уровень депрессии снизился, но не достиг достоверности. У больных КГ депрессия не выявлялась, однако уровень тревожности был самым высоким у больных с длительностью заболевания до 3-х мес. и от 3-х мес. до 1 года с тенденцией к уменьшению в подгруппе с длительностью заболевания свыше 3-х лет.

Самый высокий уровень тревожности среди больных двух подгрупп основной группы и контрольной

с длительностью заболевания до 3-х месяцев наблюдался у больных II ПОГ. В дальнейшем, при увеличении длительности заболевания уровни тревожности стойко лидировали среди больных I ПОГ. Можно проследить связь между длительностью заболевания и возрастанием уровня тревожности и депрессии у больных I ПОГ. Выявленные достаточно высокие показатели уровней тревожности у больных КГ все же достоверно меньше, нежели у больных двух подгрупп основной группы, где наряду с СВД регистрировались депрессивные расстройства. Можно с уверенностью говорить о том, что тревожность возрастает с присоединением депрессивных расстройств и выступает одним из ярких ее проявлений.

Синдром вегетативной дисфункции не рассматривается как нозологическая единица в силу отсутствия органических изменений как со стороны висцеральной, так и со стороны нервной системы. Разнообразные клинические симптомы СВД определяются функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной,

мочеполовой систем и характеризуются преобладанием субъективных проявлений над объективными. Исследование состояния вегетативной нервной системы по данным индекса Кердо выявило у больных как основной так и контрольной групп преобладание симпатикотонии. Однако при исследовании минутного объема крови непрямым способом Лилье — Штрандера и Цандера оказалось, что у больных I ПОГ преобладала парасимпатикотония, тогда как во II ПОГ и КГ отмечалась устойчивая тенденция к симпатикотонии. Вегетативная реактивность у больных I ПОГ чаще (78,32) была извращенной, тогда как во II ПОГ и КГ преобладала сниженная и извращенная (56,46; 43,54 и 72,56 и 27,44 соответственно). Вегетативное обеспечение деятельности у больных I и II ПОГ в подавляющем числе наблюдений было избыточным (у 80,4 % и 78,86 % соответственно), тогда как в КГ преобладало недостаточное вегетативное обеспечение деятельности. Достоверная разница между больными обследуемых групп и в показателях количества баллов по опроснику Вейна А. М., где лидирует I ПОГ (табл. 3).

Таблица 3

Показатели вегетативных функций у больных основной и контрольной групп

Показатель	I ПОГ	II ПОГ	КГ
Количество баллов по опроснику Вейна	45,56 (2,94)	39,71 (2,79)	33,26 (2,71)
Вегетативный тонус — по индексу Кердо — по минутному объему крови	симпатикотония парасимпатикотония	симпатикотония симпатикотония	симпатикотония симпатикотония
Вегетативная реактивность	извращенная	сниженная и извращенная	сниженная и извращенная
Вегетативное обеспечение деятельности	избыточное	избыточное	недостаточное

По результатам вариационной пульсометрии показателями, которые явились относительно специфичными для больных основной группы, были мода ( $M_0$  — длительность интервалов  $R-R$  в с, наиболее чаще встречаемая) больше 0,82; вариационный размах ( $\Delta X$  — разница между максимальным и минимальным значениями кардиоинтервалов  $R-R$  в с) —  $0,25 < \Delta X < 0,10$ ; индекс вегетативного равновесия (ИВР указывает на соотношение между активностью симпатического и парасимпатического отделов ВНС) —  $98 < ИВР < 190$ ; вегетативный показатель ритма (ВПР — позволяет судить о симпатических сдвигах вегетативного тонуса с точки зрения активности автономного контура регуляции) —  $4,4 < ВПР < 13,3$ ; показатель активности процессов регуляции (ПАПР — отображает соответствие между активностью симпатического отдела ВНС и ведущим уровнем функционирования синусового узла) — более 65.

Если во II ПОГ и КГ отмечалась преимущественно симпатическая направленность вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, то в I ПОГ она была разнонаправленной и неоднозначной в различных функциональных системах и при разных методах исследования. Можно предположить, что у больных I ПОГ, у которых сочетались вегетативные и депрессивные расстройства с преобладанием последних, развивается более выраженная дезорганизация неспецифических интегративных надсегментарных систем мозга, которая приводит в целом и к более ярко

выраженному синдрому вегетативной дисфункции. У подавляющего большинства больных с СВД (61,8 %) выявлены депрессивные расстройства с высокими уровнями реактивной и личностной тревожности, существенно влияющими на течение и проявления вегетативной дисфункции.

Клиническая характеристика больных двух подгрупп основной группы и КГ наряду с общими признаками имеет достоверные различия в уровнях показателей депрессии, реактивной и личностной тревожности, вегетативных функций, в том числе зависящие и от длительности заболевания.

В развитии депрессивных нарушений у больных с СВД существенную роль играет нарушение саморегуляции и дезорганизации интегративных надсегментарных механизмов, которое проявляется развитием психовегетативных расстройств.

Разнонаправленность и неоднозначность вегетативных сдвигов в различных функциональных системах у больных I ПОГ характеризует несоответствие эмоциональных и вегетативных соотношений, приводящее к утрате приспособительного (адаптационного) характера этих реакций на меняющиеся условия внешней и внутренней среды.

Выявленные специфические и вероятностные клинико-инструментальные и психометрические показатели могут иметь определенное диагностическое значение в выявлении депрессивных расстройств у больных с СВД.

**Список літератури**

1. Бурчинский С. Г. Новые возможности в лечении тревожности при психосоматической патологии / С. Г. Бурчинский // Медична газета «Здоров'я України». — 2010. — № 9 (238). — С. 30—31.  
 2. Депрессия в неврологической практике / [Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Г., Дюкова Г. М.]. — М. : МИА, 2007. — 197 с.  
 3. Демьяненко Д. М. Психосоматические расстройства: проблема современности / Д. М. Демьяненко // Медична газета «Здоров'я України». — 2010. — № 9 (238). — С. 22—23.  
 4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Европейская серия № 97. — 2002. — 156 с.  
 5. Зотов П. Б. Депрессия в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия) : методическое пособие для врачей / П. Б. Зотов, М. С. Уманский. — М., 2006. — 35 с.  
 6. Ковров Г. В. Депрессия в общей практике / Ковров Г. В., Лебедев М. А., Палатов С. Ю. // Медична газета «Здоров'я України». — 2010. — № 10 (239). — С. 50—51.  
 7. Ковров Г. В. Депрессия в общей практике / Ковров Г. В., Лебедев М. А., Палатов С. Ю. // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 8. — С. 504—508.  
 8. Мачерет Е. Л. Вегетативная дистония и рефлексотерапия / Е. Л. Мачерет, А. О. Коркушо // Международный неврологический журнал, № 8 (30). — 2009, — С. 55—63.  
 9. Смулевич А. Б. Депрессия в общесоматической практике / А. Б. Смулевич. — М., 2000. — С. 1—160.

10. Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з неспсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 1 (62). — С. 67—72.  
 11. Fava M. Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment / M. Fava // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Vol. 63. — P. 305—307.  
 12. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III / [Riolo S. A., Nguyen T. A., Greden J. F., King C. A.] // Am. J. Public Health. — 2005. — Vol. 95. — P. 998—1000.  
 13. Impact of trazodone on objective and subjective parameters of sleep quality and awakening in patients with depression and insomnia vs normal controls / [Saletu-Zyhlarz G. M., Abu-Bakr M. H., Anderer P. et al.] // International neurological journal. — № 6 (52). — 2012. — С. 39—49.

Надійшла до редакції 06.08.2013 р.

**ЛОБОЙКО Ольга Ивановна**, кандидат медицинских наук, врач невролог высшей категории, Консультативная поликлиника ООО «Медицина», г. Харьков, e-mail: konstantin8470@jandex.ua  
**ЛОВОУКО Olga Ivanovna**, MD, PhD, neurologist of the highest category, Consultative Polyclinic "Medicine" Ltd., Kharkiv, e-mail: konstantin8470@jandex.ua

УДК 613.846-053.71-053.81:615.851

*I. C. Pukic*

**СИСТЕМА ПСИХОГІЄНИ, ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ, ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОРЕКЦІЇ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

*I. C. Rytkis*

**СИСТЕМА ПСИХОГИГИЕНЫ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ, ПСИХОТЕРАПИИ И КОРРЕКЦИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*I. S. Rytkis*

**SYSTEM OF PSYCHOHYGIENE, PSYCHOPROPHYLAXIS, PSYCHOTHERAPY AND CORRECTION OF TOBACCO USE AND TOBACCO DEPENDENCE IN YOUNG ADULTS**

На основі системного інтегративного підходу до вивчення проблеми поширеності тютюнопаління та тютюнової залежності серед студентської молоді розроблена, впроваджена і оцінена ефективність системи психогієни, психопрофілактики, психотерапії та корекції тютюнопаління та тютюнової залежності в осіб молодого віку. За порівняльним аналізом результатів впровадження запропонованої системи показано її ефективність: через 12 місяців після завершення заходів психотерапії та корекції тютюнопаління та тютюнової залежності в осіб молодого віку практично половина студентів терапевтичної групи утримувалися від тютюнопаління. Більше половини студентів, які взяли участь в розробленому нами комплексі вказаних вище заходів, повністю відмовилися від вживання тютюнових виробів.

**Ключові слова:** студенти, звичне тютюнопаління, ініціальний етап формування тютюнової залежності, психогієна, психопрофілактика, психотерапія, корекція

На основе системного интегративного подхода к изучению проблемы распространенности табакокурения и табачной зависимости среди студенческой молодежи разработана, внедрена и оценена эффективность системы психогигиены, психопрофилактики, психотерапии и коррекции табакокурения и табачной зависимости у лиц молодого возраста. В сравнительном анализе результатов внедрения предложенной системы показана ее эффективность: через 12 месяцев после завершения мероприятий практически половина студентов терапевтической группы удерживались от курения. Более половины студентов, принявших участие в разработанной нами системе полностью отказались от употребления табачных изделий.

**Ключевые слова:** студенты, привычное табакокурение, инициальный этап формирования табачной зависимости, психогигиена, психопрофилактика, психотерапия, коррекция

On the basis of the problem of the prevalence and clinical psychopathology of smoking and tobacco dependence in youth, to develop and implement a system of psychohygiene, psychological prophylaxis, therapy and correction. Based on the comparative analysis of the results of proposed system its effectiveness was shown: 12 months after the events of psychotherapy and correction of smoking and tobacco dependence in young adults is almost half of the students therapeutic group refrained from smoking. More than half of the students who participated in the developed world the complex psychohygiene system and psychoprophylaxis completely abandoned the use of tobacco products.

**Keywords:** students, smoking, tobacco addiction, psychohygiene, psychoprophylaxis, psychotherapy, correction.

Тютюнопаління належить до числа найважливіших медико-соціальних проблем сучасного суспільства, становить серйозну небезпеку для здоров'я

населення, сприяючи розвитку цілої низки хронічних неінфекційних захворювань і будучи причиною передчасної смерті [1—5, 7]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на сьогоднішній день курять близько 48 % чоловіків і 12 % жінок у світі (GATS,