

Таблица 2 — Максимальные годовые ожидаемые дозы облучения населения Гомельской области, обусловленные ингаляционным поступлением радионуклидов с печным дымом (фактор разбавления —  $10^{-2}$ )

Радионуклид	Объемная активность в зоне дыхания на приусадебном участке, Бк·м <sup>-3</sup>	Дозовый коэффициент, Зв·Бк <sup>-1</sup>	Годовая ожидаемая доза облучения жителей, мЗв
<sup>90</sup> Sr	20	$1,6 \cdot 10^{-7}$	0,26
<sup>137</sup> Cs	4	$3,9 \cdot 10^{-8}$	0.012

### Заключение

Бытовые печи не оснащены дымовыми фильтрами, поэтому зола уноса в значительном количестве поступает в приземный слой атмосферы. Годовая ожидаемая доза облучения от ингаляционного поступления радионуклидов с дымом печных труб на порядки выше, чем от пожаров на территории зоны отчуждения [1]. Абсолютные значения доз от данного пути облучения не превышают установленного законодательством годового предела облучения (1 мЗв, [6]) и сравнимы с дозами внешнего облучения от чернобыльских выпадений.

Консервативные оценки ожидаемых доз облучения выполнены на основе литературных данных, поэтому результаты имеют значительную неопределенность. Для уточнения оценок необходим отбор проб аэрозолей в отопительный период на приусадебных участках наиболее загрязненных южных районов Гомельской области при неблагоприятных категориях устойчивости атмосферы.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бортновский, В. Н. Гигиеническая оценка ингаляционного поступления радионуклидов в результате пожаров в Гомельской области / В. Н. Бортновский, А. М. Буздалкина, К. Н. Буз-

далкин // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — Т. 1 (47). — С. 75–78.

2. Буздалкин, К. Н. Мониторинг ожидаемых доз облучения спасателей в случаях пожаров на территории радиоактивного загрязнения / К. Н. Буздалкин, Е. К. Нилова, А. Б. Кухтевич // Научно-практический рецензируемый журнал «Чрезвычайные ситуации: образование и наука». — Гомель: ГУО «ГИИ», 2015. — Т. 10 (2). — С. 61–64.

3. Буздалкин, К. Н. Загрязнение сельскохозяйственных земель <sup>90</sup>Sr в результате внесения древесной золы в качестве удобрения / К. Н. Буздалкин, Е. К. Нилова // Чернобыль: 30 лет спустя: материалы междунар. науч. конф., Гомель, 21–22 апр. 2016 г. — Гомель: Ин-т радиологии, 2016. — С. 294–295.

4. Утилизация золы котельных, работающих на древесном топливе: совместный проект ПРООН/ГЭФ и Правительства Республики Беларусь «Применение биомассы для отопления и горячего водоснабжения в Республике Беларусь» / ред.-сост. Норберт Вильдбахер. — Минск: Программа развития ООН (ПРООН), Глобальный экологический фонд (ГЭФ), Департамент по энергоэффективности Государственного Комитета по Стандартизации, 2007. — 28 с.

5. Radiation protection and safety of radiation sources: international basic safety standards: general safety requirements. Interim edition. Vienna: International Atomic Energy Agency, 2011. — 303 p.

6. Критерии оценки радиационного воздействия: Гигиенический норматив, утвержд. постановлением Мин. здрав. Республики Беларусь, 28 дек. 2012 г. № 213 // Нац. реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2013. — 2/26850.

7. Чернобыль 30 лет спустя: проблемы настоящего и будущего / А. Г. Заворотный [и др.] // Научный рецензируемый журнал «Пожары и чрезвычайные ситуации: предотвращение, ликвидация». — М., 2016. — № 1 (январь-март). — С. 16–29.

Поступила 05.06.2017

## СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 159.974.2

ПОСТАДИКТИВНАЯ ИПОХОНДРИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

С. В. Толканец

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** изучить патогенез и показать клиническую иллюстрацию развития небредовой ипохондии, развивающейся после сложных в психопатологическом отношении паникоподобных приступов.

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты пограничного психического профиля отделений неврозов. Методы исследования — психопатологический, анамнестический, клинико-динамический.

**Результаты.** Раскрыта сложная структура тревожных и паникоподобных приступов, соответствующая картине экзистенциального криза в личностной динамике конституциональных аномалий с патологией влечений и формированием постадикивтивной ипохондии.

**Заключение.** Показана принадлежность постадикивтивной ипохондии к регистру личностной психопатологии.

**Ключевые слова:** экзистенциальный криз, соматотония, антиномный сдвиг, небредовая ипохондия.

## POSTADDICTIVE HYPOCHONDRIASIS. CASE REPORT

S. V. Tolkanets

Gomel State Medical University

**Objective:** to study the pathogenesis and to illustrate clinical cases of postaddictive hypochondriasis developing after severe psychopathological panic-like attacks.

**Material and methods.** 3 patients with borderline psychic conditions undergoing treatment in the neurosis wards were included into the study. The methods of the study were psychopathological, anamnestic, clinical, and dynamical.

**Results.** The study has exposed a complex structure of anxious and panic-like attacks which meets the criteria of existential crisis in the personality dynamics of constitutional anomalies with the pathologic drives and development of postaddictive hypochondriasis.

**Conclusion.** The study has showed that postaddictive hypochondriasis belongs to the cluster of personality disorders.

**Key words:** existential crisis, somatonia, antinomial shift, non-delusional hypochondriasis.

**Введение**

Актуальность небредовой ипохондрии (НИ) определяется высоким распространением (25 % всех больных, обращающихся к врачам общего профиля [1], и 35 % форм пограничной психической патологии на приеме психиатра), а также особенностями тревожной манифестации и хронизацией тревоги. Последнее обусловлено коморбидностью с другими психопатологическими проявлениями за счет ассоциации с депрессией, социальной фобией, паническим и посттравматическим стрессовым расстройством [2]. Среди пациентов психиатрических учреждений коморбидность с депрессией тревожного расстройства достигает 60–80 % [3]. В рассматриваемых примерах пациенты длительно наблюдались в связи с тревожными расстройствами, а феноменология паникоподобных приступов отличалась от классической структуры панического расстройства более сложной структурой с сочетанной когнитивной и (или) деперсонализационной симптоматикой. В научных публикациях подобные острые «вспышки» описывались как ипохондрический раптус [4], сенестопатический криз [5], приступы «витального страха» [6]. Переживания катастрофы, угрозы психическому и/или физическому существованию приводят к стойким сдвигам самосознания, определяемым как «экзистенциальный криз», и свидетельствует о более глубоком, субпсихотическом регистре расстройств в сравнении с невротическим уровнем при панических атаках [7]. Содержание тревоги сопровождается диспсихофобией [8], страхом катастрофы, сумасшествия. Растерянность, сужение сознания, мысленная конфузия свидетельствуют о тяжести когнитивных нарушений. Экзистенциальные кризисы обычно определяют дебют небредовой ипохондрии с радикальным изменением прежде активного образа жизни и всего уклада с ограничением активности, погруженностью в

болезнь. В отличие от узкого в МКБ-10 содержания ипохондрического расстройства как разновидности соматоформных расстройств невротического регистра в работе наряду с соматоформными учитывается наличие гетеронормных нарушений соматопсихики, большая степень «перекрывания» симптоматики соматоформных состояний и «развития» [9], когнитивных и сопряженных с ними изменений телесного самосознания личности (соматоцептивная психопатия [10]), что позволяет рассматривать небредовую ипохондрию как самостоятельное психопатологическое расстройство в регистре личностной патологии. Эти свойства определяют стойкое «нарушение социального функционирования и знаменуют начало нового жизненного пути» [11]. Клиническим методом изучены пациенты (3 чел.), длительно страдающие (2–10 лет) и наблюдающиеся у психиатров в связи с тревожными расстройствами невротического уровня. В ходе исследования применялись психопатологический, анамнестический, клинико-динамический методы.

**Клинический пример 1**

М., водитель, 40 лет. Рос, развивался нормально. Из семьи рабочих. Средний из трех детей. Мать и родная сестра страдают невротическими расстройствами. М. с детства болеет хроническим отитом. Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит, в 27 лет — нейрциркуляторная дистония. По характеру «очень подвижный», «крепкий, энергичный», волевой. В подростковом возрасте отличался доминантными чертами, воинственным духом, имел агрессивные клички. Продолжительно занимался карате, боксом. Служил в армии полный срок 3 года на военно-морском флоте. Образование средне-специальное, специальность — водитель. Длительно работает частным образом. В зрелом возрасте мотивирован на заработки, помимо основной работы занимался извозом, мастерскими работами, соби-

рал металлолом. Первые проявления нездоровья появились в 20 лет после алкогольных эксцессов: болела голова, вследствие чего прекратил прием спиртного. Заболел внезапно в 2013 г. в рабочей поездке, когда заболела голова, застучало сердце, «стало плохо, испытал ошеломляющий страх». В кардиологическом отделении установлен диагноз артериальной гипертензии I ст. В отсутствие эффекта от приема рексетина обращался к знахаркам. Лечился дважды в отделении пограничных состояний в 2014–2015 гг. с диагнозом — ипохондрическое расстройство. Консультативный осмотр автором статьи 16.10.2015 г.: Жалобы на головные боли («жмет в затылке, давит на виски»), беспокоят «волны страха из живота» (называет «паникой»), которая сопровождается крупной дрожью в груди). Отчуждение тела («отнимает, охватывает ватой») пугает, ассоциируется с умиранием. На высоте аффекта («испуга») растерян, «в голове каша», испытывает страх смерти, молит о спасении. Аффективных фаз в анамнезе не установлено. В статусе — тревожная агитация, девитализация, полиморфные соматопсихические проявления: вегетативные ощущения, сенесталгии, перемежающаяся соматодеперсонализация. Анализ выявляет развитие заболевания у субъекта истеро-возбудимого типа с соматопсихической акцентуацией по типу соматотонии на фоне напряженного ритма работы. Первая манифестация тревоги наступила после алкогольной интоксикации, последующие ухудшения протекают после банальных бытовых коллизий с паникоподобными приступами, сенесталгиями, соматодеперсонализацией. Кардинально изменился жизненный модус: со смещением с активного на ипохондрический. Заключение: атипичные приступы паники по типу смешанного коэстетически-дизестетического криза, небредовая ипохондрия.

#### **Клинический пример 2**

К., 55 лет, строитель, не работает. Наследственность неотягощена. Образование средне-специальное, специальность — строитель. Служил в армии полный срок. Трудился индивидуальным предпринимателем по строительству. По состоянию здоровья не работает 2 месяца. Разведен. В анамнезе простудные заболевания. С 48 лет артериальная гипертензия. В 2014 г. был на приеме у кардиолога с соматическими проявлениями тревоги. Психотерапевтами квалифицированы генерализованное тревожное расстройство, расстройство адаптации со смешанной тревожной и депрессивной реакцией. Консультативный осмотр автором 06.09.2016 г.: Исходно определяется соматотонический склад темперамента. Характеризует себя возбудимым, «импульсивным но отходчивым», с другой стороны — закрытым и

сдержанным. В жизни целеустремлен, работающий, «заточен на работу», в чем не знает меры, зачастую работает без отдыха. В свободное от работы время трудится в хозяйстве. Употребление алкоголя прекратил. Жалобы на «страх», боязнь высокого давления, тревожное ожидание приступов, которые называет «паническими атаками». Приступы начинаются с ощущения прилива горячей волны «из живота вверх в голову. На высоте тревоги сужается сознание, актуализируются сенесталгии и вегетативные ощущения (горячая тяжесть волной, давит в мозг, чувствует тяжелые веки), активация соматической тревоги. Речь тихая, с монотонной регистрацией патологических ощущений. Мнестически сохраненный, с явлениями тревожной ступидности. Настроение снижено по типу ипохондрической дистимии. Определяются психическая ригидность, ипохондрический сдвиг. Во внутренней картине болезни доминанта «давления» в контексте угрозы жизни, катастрофические переживания, бесплодные идеации о том, «что все из-за работы в России». Радикально изменился образ жизни, привязан к дому, избегает покинуть место жительства, «боится уезжать». Сетует на собственную несостоятельность («много работы, а я не могу»).

Резюме случая. Структура конституциональной аномалии обнаруживает черты, свойственные кругу возбудимых и соматоперцептивной акцентуации по типу соматотонии. Начало заболевания внезапное на фоне алкогольной интоксикации. Персистирующее течение тревоги с паникоподобными приступами по типу экзистенциального криза. Формирование небредовой ипохондрии с полярным преморбиду ограничительным модусом поведения. Заключение: полиморфные тревожные расстройства с признаками генерализованной тревоги, приступами атипичной паники, формированием небредовой ипохондрии.

#### **Клинический пример 3**

Ш., 62 года. Пенсионер. Наследственность — сосудистая патология у матери (инсульт, энцефалопатия). Рос и развивался нормально. В анамнезе простудные заболевания, однократная ангина, аппендэктомия в зрелом возрасте. В 58 лет установлена ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. Без вредных привычек. По натуре близок к матери (мягкая, мнительная, переживательная, уступчивая). С детства отличался конформным поведением. Со школы увлекался конструированием, был одержим радиоделом. После срочной службы в армии трудился на рабочей должности на заводе холодильников. За инициативность и смекалку приглашен в службу снабжения крупной управленческой структуры. Оставаясь на производстве, организовал

собственное дело в сфере световых эффектов на общественных мероприятиях, а затем и организации концертов. Работа доставляла удовольствие. Не знал отдыха, всегда был в деле. Работал без усталости, без выходных, практически без отпуска. Любил масштаб, эффект, присутствие на людях. С воодушевлением брался за новые проекты. Нравилось быть «на подъеме», «все было просто супер», «получал удовольствие от всего: от общения, от работы». В период 1992–2006 гг. «все шло успешно, был на коне, в ауре, на подъеме». В 2006 г. возникли трудности (конкуренция, зависть), появилось «ненужное напряжение», все давалось с серьезным преодолением, «нервотрепкой», «понял, что устал совмещать». Освободившись от производства, продолжал напряженно трудиться в концертном бизнесе.

После 50 лет перенес ряд психотравмирующих коллизий с патологическими реакциями. Фиаско в интимной жизни в 2008 г. воспринял «как первый удар», заключение уролога расценил «как приговор». В 2012 г. выполнена операция аорто-коронарного шунтирования, на что последовала иатрогенная реакция, с диссоциативными проявлениями в ее структуре, «животным страхом», вегето-сосудистым кризом, с последующим замещением тревоги утратой чувственного резонанса по типу аллопсихической деперсонализации. Инициативно обращался к психиатрам с жалобами на тревогу, беспокойство, страх. Квалифицировался невротический регистр тревожных расстройств. Переживания сопоставимы с картиной экзистенциального криза: «мысленно со всеми попрощался, понесли все ужасы, насмотрелся страшного». Резко изменился уклад жизни, передал бизнес сыну, устранился от дел. По мере персистирующей тревоги нарастали деперсонализационные проявления, «стала угасать энергия». Несмотря на лечение в отделении неврозов (2016 г., диагноз «Расстройство адаптации со смешанной тревожно-депрессивной реакцией»), улучшения не наблюдалось. Уклонился от работы с психотерапевтом, хотя неоднократно обращался к другим психиатрам, которые «разбирались» с его историей и биографией. Стал деморализованным, мнительным, суеверным, обращался к знахарке. Осмотрен автором статьи 29 ноября 2016 г. Ш. предъявлял жалобы на мучительную бесчувственность, которая заслонила прежнюю тревогу, на отсутствие энергии, «все дается без радости». Не получает удовольствия от приема пищи, от движений и сна. Мнестически сохраненный, хотя субъективно испытывает отсутствие ясности в мыслях, «нет четких мыслетформ». Анализ обнаруживает в преморбиде перекрытие двух конституционных аномалий.

С одной стороны, гипертимный темперамент с соматотонической акцентуацией, с типом «спокойного, удовлетворенного» гипертимика по Е. Кречмеру с чертами активности, гедонизма. С другой — истероидные черты в гипертимном варианте. Продолжительная, на протяжении более десятка лет работа в форсированном режиме, в ключе одержимости, «драйва, удовольствия» достигает степени аддикции и свидетельствует о врожденной патологии влечений. В данном клиническом случае на фоне многолетней гипертимии развертываются формирующиеся в процессе динамики дистимические расстройства. Структура анксиозных приступов включает диссоциативные нарушения, симптомы деперсонализации и соответствует характеристикам экзистенциального криза. Персистирующая тревога во времени замещается генерализованной деперсонализацией. Психопатологическая картина трансформируется в картину небредовой истероипохондри с склонностью к формированию катастрофических сценариев. Образ жизни претерпевает кардинальные изменения: с активно-экспансивного на полярный гипертимическому ипохондрический модус, культ энергии сменяется поглощенностью собственной беспомощностью, устранением от дел, сдачей позиций, демобилизацией. Состояние моральной ущербности соответствует картине моральной ипохондри [12]. В операциональном плане состояние квалифицировано как дистимия, анестетический вариант.

#### **Обсуждение**

В рассмотренных случаях развитие тревожных расстройств определяется конституциональной аномалией гипертимного и истеро-возбудимого круга с декомпенсацией в личностной динамике. У всех пациентов определяется конституционально обусловленная акцентуация сферы соматопсихики в форме соматотонии [13, 14], на базе которой уже в детстве реализуется аддиктивное поведение (первая стадия). В последующем аддиктивный паттерн реализуется в поглощенности работой (в режиме одержимости, «драйва»). Анализ клинических примеров показал сложную структуру тревожно-фобических симптомокомплексов, выходящую за канонические рамки МКБ-10 панических, тревожных расстройств. Манифестация тревоги протекала в сопряжении с расстройствами ко-эстетического ряда в рамках атипичной панической атаки или в формате экзистенциального криза. В рутинной практике экзистенциальные кризы без достаточных оснований отождествляются с тревожными невротическими нарушениями. В личностной динамике у гипертимных и истеро-возбудимых личностей со склонностью к поведенческой зависимости формирует-

ся особый вид затяжных ипохондрических состояний — постаддиктивная ипохондрия. Клиническим содержанием расстройств ипохондрии в рассмотренных примерах были овладевающие представления о нанесенном недуге, ущербе душевному и (или) телесному благополучию, постоянный анализ болезненных ощущений, приобретших неодолимый характер.

#### **Заключение**

Установлено, что постаддиктивная ипохондрия возникает вслед за экзистенциальным кризом и определяется как первичное психопатологическое расстройство, образованное двумя облигатными составляющими: базисными коэнестезиопатическими симптомокомплексами и проявлениями личностной психопатологии. Постаддиктивная ипохондрия реализуется на «почве» врожденной патологии влечений и включает склонность к аддикции в качестве устойчивого личностного паттерна. Следовательно, небредовая ипохондрия рассматривается в рамках расстройства личности, так как трансформация психопатологических комплексов подчинена закономерностям динамики расстройства личности.

#### **Выводы**

1. Представлена клиническая иллюстрация постаддиктивной ипохондрии.
2. Преморбид обследованных пациентов характеризуется нарушением в сфере влечений.
3. Постаддиктивная ипохондрия формируется по механизму антиномного сдвига со становлением полярных по отношению к доболезненным проявлениям аддикции феноменов (медицинская аддикция), замещающих прежние пристрастия.
4. Дебют постаддиктивной ипохондрии в форме экзистенциального криза развивается у лиц с конституциональными аномалиями ги-

пертимного и возбудимого круга в рамках личностной динамики.

5. Постаддиктивную ипохондрию следует рассматривать в регистре личностной психопатологии.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. *Смулевич, А. Б.* Депрессии присоматических психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: МИА, 2003. — 432 с.
2. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS) / L. L. Judd [et al.] // *Acta Psychiatr Scand Suppl.* — 1998. — № 393. — С. 6–11.
3. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus group on depression and anxiety / J. C. Ballenger [et al.] // *J Clin Psychiatry.* — 2001. — № 62. — С. 53–58.
4. *Рохлин, Л. Л.* Вопросы клиники шизофрении с ипохондрическими проявлениями / Л. Л. Рохлин // *Журн. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 1961. — Т. 4. — С. 565–562.
5. *Ротштейн, Г. А.* Ипохондрическая шизофрения / Г. А. Ротштейн. — М., 1961. — 136 с.
6. *Ковалев, В. В.* Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / В. В. Ковалев. — М., 1979. — 608 с.
7. *Смулевич, А. Б.* Ипохондрия как патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Д. В. Романов // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2008. — № 10. — С. 4–12.
8. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: (Метод. пособие для унифицир. клинич. оценки психопатол. состояний) / Всесоюз. науч. центр психич. здоровья АМН СССР, НИИ профилакт. психиатрии; [Сост. докт. мед. наук, профессор А. К. Ануфриев, докт. мед. наук Ю. И. Либерман, докт. мед. наук В. Г. Остроглазов]. — М., 1990. — 111 с.
9. *Glatzel, J.* Zur Phänomenologie eines Typsendogenerjuvenile-asthenischer Versagenssyndroms / J. Glatzel, G. Huber // *Psychiatr. Clin.* — Vol. 1. — P. 15–31.
10. *Lemke, R.* Über die Bedeutung der Leibgeföhle in der psychiatrischen Diagnostik / R. Lemke // *Psychiatr. Neurol med. Psychol.* — 1951. — Vol. 3 — P. 325–340.
11. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А. Б. Смулевич [и др.]; под ред. А. Б. Смулевича; АМН, НИИ клинич. психиатрии. — М.: ИПТК «Логос», 1992. — 175 с.
12. *Falret, J.* Societe medico-psychologique / J. Falret. — Paris, 1866. — Vol. 410. — P. 3.
13. *Смулевич, А. Б.* Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 336 с.
14. *Sheldon, W. H.* The Varieties of Temperament: A psychology of constitutional differences / W. H. Sheldon, S. S. Stevens. — 1942.

Поступила 05.05.2017

УДК 612.17:612.822.8]-053.2-074

### **НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ У ПОДРОСТКОВ**

*Н. А. Скуратова*

**Гомельский государственный медицинский университет  
Гомельская областная детская клиническая больница**

**Цель:** продемонстрировать клинические случаи с использованием фрагментов электрокардиограмм у подростков с нарушением процессов реполяризации на электрокардиограмме.

**Материалы и методы.** Представлены информация о клинических случаях и фрагменты ЭКГ детей с нарушением процессов реполяризации на электрокардиограмме.

**Результаты.** Важную информацию для дифференциальной диагностики между нормой и патологией позволяют получить различные функциональные пробы.

**Заключение.** Нарушения реполяризации у подростков могут быть обусловлены рядом причин, что может потребовать углубленного кардиологического обследования.

**Ключевые слова:** электрокардиограмма, нарушение процессов реполяризации, подростки, тредмил-тест, кардиологическое обследование.