

Иркутский государственный медицинский университет
Главное управление здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения администрации г. Иркутска

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ
РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Материалы межрегиональной
научно-практической конференции
Иркутск, 16-17 июня 2005 года

Иркутск
2005

Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике. Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. Иркутск 2005;102.

Редакционная коллегия:

Ф.И.Белялов, В.С.Собенников, Т.В.Бараховская, С.В.Пушков

«НЕОБЪЯСНИМЫЕ» СИМПТОМЫ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Белялов Ф.И.

Иркутский медицинский университет, Иркутск

Пациент обычно обращается к врачу, когда неприятные ощущения существенно мешают жить и работать. Вместе с тем, во многих случаях при объективном исследовании поражения органов, объясняющие происхождение симптомов, не находят. Например, среди пациентов врачей общей практики органическая природа симптомов при 3-летнем наблюдении была подтверждена лишь в 16% случаев (рисунок 1). Наиболее распространены среди населения необъяснимые мышечные боли, головные боли, кардиалгии, абдоминальные симптомы, усталость, головокружение (Kroenke K., Swindle R., 1989; Kirmayer L.J. et al, 2004).

В целом около 15–30% пациентов врачей общей практики, преимущественно женщин (60–80%), предъявляют жалобы, не связанные с соматическим заболеванием (Peveler R. et al, 1997; Haug T.T. et al, 2004). Такие симптомы часто называют «необъяснимыми» (medically unexplained symptoms), соматизированными или функциональными. Эти термины означают не специфические расстройства, а скорее клинические и социальные феномены.

Терапевты чаще всего описывают эти симптомы в рамках так называемых функциональных расстройств, а психиатры рассматривают их как соматоформные, тревожные или депрессивные расстройства. Невозможность объяснить природу симптомов связана с ограниченностью медицинских знаний, в частности разрывом между физиологическими процессами и ощущениями, а также уровнем современных технологий.

Пациенты с симптомами неясной природы часто настойчиво ищут помощи в выявлении заболевания, а доктора многократно обследуют и нередко лечат несуществующие болезни. Это приводит к неоправданному использованию ресурсов системы здравоохранения и ятрогенной патологии.

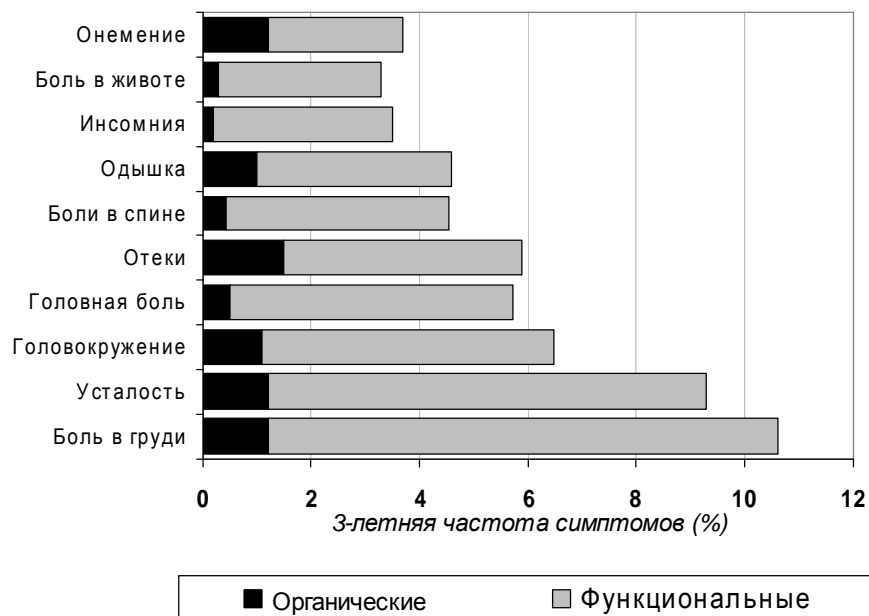


Рисунок 1. 3-летняя частота 10 симптомов у амбулаторных пациентов и доля «органических» причин (Kroenke K., Swindle R., 1989).

Общепринято рассматривать эти симптомы как доброкачественные, однако в эпидемиологическом исследовании ЕСА была выявлено небольшое увеличение годовой летальности (0.28% против 0.18%) (Engel С.С. et al, 2002). Кроме того, у этих пациентов повышена частота соматических заболеваний.

Связь «необъяснимых» симптомов с тревогой и депрессией. Обычно «необъяснимые» симптомы рассматривают в рамках соматоформных расстройств (соматизированное, болевое, ипохондрическое расстройство). Однако, в исследовании R.C.Smith с соавт. (2005) у 60% пациентов определили диагноз психиатрического несоматоформного заболевания (у 44.7% тревожное, а у 45.6% – депрессивное расстройство), соматоформное расстройство –

лишь у 4.4%, а неполное соматоформное расстройство – у 18.9%. В мета-анализе P.Henningsen и соавт. (2003) показана связь наиболее частых функциональных синдромов (синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, синдром хронической утомляемости, фибромиалгия) с тревогой и депрессией. Среди пациентов с соматизированными симптомами в два раза чаще встречаются психические, в том числе депрессивные (в 5.4 раза чаще), тревожные (в 3.5–27 раз чаще), а также личностные расстройства (Feder A. et al, 2001; Noyes R. et al, 2001).

В большом исследовании 15 регионов планеты, проводимой по инициативе Всемирной организации здравоохранения, была показана сильная связь между депрессией, тревогой и соматическими симптомами (Simon G.E. et al, 1999; Gurege O. et al, 1997). В проспективном исследовании HUNT-II, включавшем более 50000 человек, выявили тесную связь тревоги и депрессии с функциональными соматическими симптомами.

Кроме того, у этих пациентов повышенная частота психических и соматических расстройств, снижение работоспособности и нарушение взаимоотношений с окружающими приводят к выраженному личностному дистрессу.

Отметим также, что именно наличие психического расстройства определяют частоту посещений врача этими пациентами (Herschbach P. et al, 1999).

Предположение, что алекситимия – неспособность к осознания, выражению и описанию душевных переживаний – способствует появлению соматизированных симптомов не подтвердилось (Kooiman C.G. et al, 2004).

Диагностика

Около 80% пациентов с депрессией и тревогой, посещающие врачей общей практики, вначале предъявляют исключительно соматические жалобы (Bridges KW, Goldberg DP., 1985). Заподозрить соматизированные симптомы можно по следующим признакам:

Несоответствие с данными объективного исследования

Необычный характер

Многочисленность симптомов

Яркая эмоциональная окраска

Несоответствие локализации рецепторных зон

«Летучесть» или выраженная стойкость

Нет связи с традиционными провоцирующими факторами

Неэффективность соматотропного лечения

Важным признаком психического расстройства являются множественные соматизированные симптомы (рисунок 2). Так в исследовании К.Кроенке и соавт. (1994) наличие у пациентов 0-1, 2-3, 4-5, 6-8, 9 или более симптомов соответствовало вероятности расстройства настроения в 2, 12, 23, 44 и 60%, а тревожного расстройства - в 1, 7, 13, 30 и 48%.

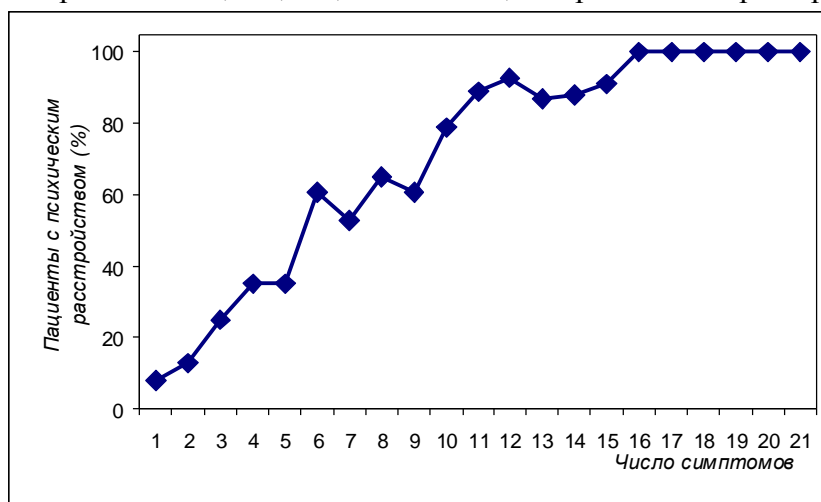


Рисунок 2. Зависимость числа соматизированных симптомов и частоты психического расстройства у амбулаторных пациентов (Kroenke K. et al, 1994).

Симптомы. Среди пациентов, обратившихся к врачу общей практики и страдающих психическими расстройствами, только 3.6% жалуются на психологические проблемы, 68.8%

предъявляют жалобы на соматические симптомы и 27.6% отмечают одновременно соматические и психологические симптомы (Gastpar M., 1986).

Рассмотрим одни из наиболее частых «необъяснимых» симптомов – головную боль и сердцебиение.

Головная боль. Большинство врачей и пациентов уверены, что головная боль является следствием повышения артериального давления (АД), в то время как объективные исследования показывают иную картину.

По данным суточного мониторирования АД у пациентов с мягкой гипертензией не было выявлено связи вариации АД и головной боли, а АД во время эпизода боли не отличалось от такового за 1 час до и после эпизода (Gus M. et al, 2001). Умеренная и тяжелая гипертензия также была не связана с головной болью (Fuchs F.D. et al, 2003; Bensenor I.M., 2003). Более того, в норвежском проспективном 11-летнем исследовании, включавшем 22685 пациентов, в случае $AD \geq 150$ мм рт. ст. немигренозные головные боли встречались на 30% реже, что объяснили гипалгезией.

Интересно отметить, что у пациентов с гипертензией частота головной боли возрастает, если пациенты знали о повышенном АД (Stewart McD.G., 1953; Weiss N.S., 1972).

По данным многих исследований в большинстве случаев головная боль ассоциируется с психическими дисфункциями. В крупном многоцентровом итальянском исследовании у пациентов с головными болями напряжения психические расстройства выявили в 84.8%: тревогу - в 52.5%, депрессию - в 36.4%, а психосоциальный стресс - в 29.5% (Puca F. et al, 1999). Депрессия наблюдалась чаще в форме дистимии (45.6%), а тревога - в форме генерализованного тревожного расстройства (83.3%). В другом исследовании среди пациентов с неорганической головной болью в 43% случаев диагностировали соматоформное расстройства, в 16% - дистимию, в 9% - рекуррентное депрессивное расстройство, а в 8% сочетание дистимии и рекуррентного депрессивного расстройства (Okasha A. et al, 1999).

Связь с психическими расстройствами отмечена для основных видов головной боли – мигрени и боли напряжения. Например, у пациентов с мигренью в 78% выявили психическое расстройство (57% большая депрессия, 11% – дистимия, 30% – паническое расстройство, 8% – генерализованное тревожное расстройство), а при головной боли напряжения в 64% случаев (51% – большая депрессия, 8% – дистимия, 22% – паническое расстройство, 1% – генерализованное тревожное расстройство) (Juang K.D., 2000).

По нашим данным, у пациентов с артериальной гипертензией в 70% случаев подъемы АД были бессимптомными, а в 76% головные боли не ассоциировались с повышением АД. Не было выявлено также достоверных различий величины АД в момент головной боли и во внеболевым периоде. В то же время, определялась сильная линейная связь головной боли с уровнем депрессии ($r=0.56$, $p=0.01$). Уровень тревоги и депрессии у пациентов с симптомными подъемами АД был выше, чем при бессимптомной гипертензии.

Сердцебиение. В 34-57% случаев сердцебиения не связаны с нарушениями сердечного ритма (Barsky A.J. et al, 1996). С другой стороны, 13% приступов суправентрикулярных тахикардий и 55% эпизодов фибрилляции предсердий протекают бессимптомно (Strickberger S.A. et al, 2005; Roche F. et al, 2002).

Кардиальная причина сердцебиений определяется лишь в 43% случаев, а одну треть составляют психические дисфункции, преимущественно депрессивное и паническое расстройства (Weber В.Е., Кароор W.N., 1996; Barsky A.J. et al, 1999).

Сердцебиения психосоматической природы отличались развитием в молодом возрасте, большей интенсивностью и степенью нарушения работоспособности, ипохондрической озабоченностью состоянием здоровья, длительностью >15 минут, дополнительной симптоматикой (Barsky A.J. et al, 1994, 1999).

Кроме того, аффективные нарушения, такие как тревога, могут повысить риск аритмии (Dunbar S.B. et al, 1999).

По нашим данным 76.5% экстрасистолий были бессимптомными, а 69.5% сердцебиений не сопровождалась экстрасистолами. Симптомные экстрасистолы были умеренно связаны с выраженностью депрессии ($r=0.46$, $p<0.05$) и тревоги ($r=0.44$, $p<0.05$), а ощущения сердцебиения тесно ассоциировались с уровнем тревоги ($r=0.71$, $p<0.001$).

Лечение. Несмотря на достаточно высокую частоту «необъяснимых» соматизированных симптомов, страдания пациентов, большие затраты здравоохранения, доказательных исследований эффективности лечения этих состояний явно недостаточно.

В настоящее время пациентам с «необъяснимыми» симптомами рекомендуют психотерапию, физические аэробные нагрузки и антидепрессанты (VNA, 2002).

Врачи и особенно пациенты стремятся найти объяснение симптомам. При успешном лечении отсутствие ясного объяснения неважно, когда же эффекта от лечения нет, то объяснение может утешить пациента, помочь адаптироваться к факту наличия симптомов. В случае отсутствия эффекта от лечения и адекватного объяснения, значительно усиливается тревога пациентов вследствие неопределенности.

Пациенты обычно хорошо воспринимают объяснения соматической природы симптомов, которые не зависят от них и сопротивляются психологическому объяснению, поскольку психологические процессы многие считают контролируемым. Пожалуй, наиболее приемлемо объяснять «необъяснимые» симптомы физиологическим нарушением (например, хроническое мышечное напряжение вызывает боль), которые усиливаются стрессами и конфликтами.

Врачу следует установить определенный диагноз, например, фибромиалгию, и продемонстрировать пациенту, что это распространенное заболевание и у врача есть опыт лечения таких состояний.

В разговоре врачу целесообразно сместить акценты с соматических жалоб на психосоциальные аспекты. Пациентам полезно вести дневник симптомов для уточнения их связи со стрессами и, когда необходимо, убедиться в беспочвенности опасений серьезных заболеваний, например рака, и отсутствии целесообразности дополнительных обследований. Вместе с тем, иногда нужно выполнять короткие лабораторно–инструментальные исследования области, с которой связаны жалобы.

Часто врачи под влиянием эмоционального описания состояния пациентом, сложности симптомов и социальных факторов назначают какое–то лечение, например витамины или инфузии, хотя большинство пациентов и не требуют медикаментов (Ring A. et al, 2004). Не следует обещать значительного улучшения состояния, так как возможны разочарования и страх.

Когнитивно–поведенческая терапия, проводящаяся специалистом, оказывает эффект, который, однако, у большинства пациентов исчезает вскоре после лечения (Smith R.C. et al, 2003).

Кроме того, проводится симптоматическое лечение, например, боли контролируются ненаркотическими анальгетиками, а диарея – лоперамидом.

Пациентам рекомендуют релаксационные упражнения, физические нагрузки и физиотерапию, которые могут быть полезны или хотя бы занимают пациента какой–либо деятельностью направленной на улучшение состояния (Smith R.C. et al, 2003).

Косвенным подтверждением психопатологической причины соматизированных симптомов служит положительный эффект психоактивных препаратов у многих пациентов. Например, по данным мета-анализа антидепрессанты (трициклические в большей степени, чем селективные ингибиторы захвата серотонина) улучшали состояние пациентов на 32% чаще, чем плацебо (O'Malley P.G. et al, 1999). Вместе с тем, нужно постараться, чтобы пациент отказался от частого и длительного употребления транквилизаторов, ввиду риска формирования зависимости.

При сопутствующей депрессии показан эффект антидепрессантов в полных дозах. Здесь предпочтительнее выглядят селективные ингибиторы захвата серотонина ввиду относительно низкой частоты побочных эффектов.

Вместе с тем, врачу не следует забывать, что у пациентов с доброкачественными симптомами также могут развиваться и соматические заболевания. Поэтому врачу нужно внимательно оценивать изменение характера жалоб и своевременно проводить соответствующее соматическое обследование.

КРАТКОСРОЧНАЯ ДИНАМИКА БОЛИ, ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Куклин С. Г., Дзизинский А. А., Михалевич И.М., Рожкова Н.Ю.

ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей МЗ и СР РФ, Иркутск

Проблема краткосрочного прогнозирования динамики состояния больных, в том числе гипертонической болезнью, актуальна вследствие того, что значительное число сердечно-сосудистых катастроф происходит при экстремальных колебаниях артериального давления (АД). Ряд исследований показал значимость тревожно-депрессивных расстройств при оценке долгосрочного риска возникновения артериальной гипертонии (АГ), а также отягощение соматической симптоматики при уже существующей АГ [Ф.Б.Березин, Е. В. Безносюк, М.Ю.Дробижев, М. Б. Печерская]. Но во всех проведенных исследованиях изучался долгосрочный или среднесрочный аспект сосуществования тревожно-депрессивной симптоматики и АГ. Получены также данные, свидетельствующие о связи депрессивных расстройств с сердечно-сосудистыми осложнениями [Погосова Г.А., Penninx В.]. В настоящей работе использовалась ежедневная оценка выраженности тревоги, депрессии, боли у больных гипертонической болезнью для поиска взаимосвязей с колебаниями артериального давления “от дня ко дню”. Работ, посвященных этому аспекту течения сердечно-сосудистой патологии недостаточно. Подходы к краткосрочному (1-4 дня) прогнозированию повышения артериального давления (АД) отражены в авторском свидетельстве №1822745. Попытка краткосрочного прогнозирования течения ишемической болезни - описана в работе [Ф.И.Белялов, С.Г.Куклин]. Изучение динамики психических дисфункций, от дня ко дню, в сопоставлении с колебаниями АД может помочь в краткосрочном прогнозировании и построении терапевтической тактики при гипертонической болезни.

Цель исследования. Оценить возможность краткосрочного (за 1 сутки) прогнозирования колебаний систолического АД (САД) с учетом предшествующей динамики АД и количественной оценки симптомов тревоги, депрессии, боли в условиях ежедневного наблюдения у больных гипертонической болезнью в стационаре.

Материалы и методы. Проведено нерандомизированное наблюдательное исследование серий случаев во времени. Все пациенты дали согласие на него. Обследовано 42 больных гипертонической болезнью (1-3 стадии ВНОК(2004). С 1 стадией было 10 чел, 2 стадия -27 чел., 3 стадия -5 чел., из них в анамнезе у 1 чел. транзиторная ишемическая атака, у 4 чел. постинфарктный кардиосклероз без выраженных нарушений кровообращения. Средний возраст в группе $47,2 \pm 11,3$ года. Мужчин было 29, женщин 13. Гипертонические кризы в анамнезе имели 24 чел (57,1%). В соответствии с критериями МКБ-10, в группе выявлены следующие психоэмоциональные расстройства: генерализованное тревожное расстройство (F41.1) –20 чел (47,6%), посттравматическое стрессовое расстройство(F43.1) -5 чел (11,9%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 7 чел (16,7%), соматизированное расстройство(F45.0) –1 чел (2,4%), дистимия (F34.1) –1 чел (2,4%). Болевые синдромы зафиксированы у 41 чел (97,6%). Клинико-рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника выявлены у 34 чел (80,9%). Комбинированная гипотензивная терапия проводилась чаще всего тиазидными диуретиками и бета-адреноблокаторами (получали 76,2% и 73,8% больных соответственно), у части пациентов применялись антагонисты кальциевых каналов, вазодилататоры. Препараты бензодиазепинового ряда в виде курса получали 36 пациентов(65,7%) , трициклические антидепрессанты – 6 чел(14,3%). Обследование проводилось ежедневно в фиксированное время 1-2 раза в сутки весь период пребывания в отделении кардиологии. Среднее время ежедневного наблюдения одного пациента составило $15,5 \pm 6,8$ суток. Суммарное время наблюдения за всеми пациентами составило 678 дней. Артериальное давление измерялось способом Короткова несколько раз в день (от 2 до 7 раз). Ежедневно рассчитывались: вариабельность систолического АД (ВСАД) – разность между максимальным и минимальным за сутки систолическим АД (САД); вариабельность диастолического АД (ВДАД) – разность между максимальным и минимальным за сутки диастоли-

ческим АД (ДАД). Для оценки динамики АД, в сравнении с предыдущими сутками, ежедневно рассчитывались: междусуточный прирост максимального за сутки систолического АД (МПСАД) – как разность максимального САД текущих суток и предыдущих; междусуточный прирост максимального за сутки диастолического АД (МПДАД) – разность максимального ДАД текущих суток и предыдущих; междусуточный прирост variability САД (МПВСАД) – разность ВСАД текущих суток и предыдущих; междусуточный прирост variability ДАД (МПВДАД) – разность ВДАД текущих суток и предыдущих. Для оценки выраженности симптомов депрессии использовалась шкала Монтгомери-Асберга (MADRS) [Montgomery SA, Asberg M.]. Итоговая сумма баллов шкалы и сумма по каждому разделу этой шкалы подсчитывалась ежедневно и формировалась хронологическая последовательность этих параметров, отражающая их динамику, от дня ко дню, за все время пребывания в стационаре. Для оценки выраженности симптомов тревоги использовалась шкала Кови (Covi) [Covi L, Lipman R], также рассчитываемая ежедневно, как по каждому разделу, так и в виде итоговой суммы. Для характеристики позитивного оттенка настроения, каждому пациенту ежедневно предлагалось дать оценку общего самочувствия по следующей шкале: 0 – если самочувствие нельзя оценить положительно, 1 – самочувствие удовлетворительное, 2 – хорошее, 3 – очень хорошее. Болевые ощущения кодировались в баллах по 5-бальной шкале интенсивности (0-нет, 1-слабые, 2- средней интенсивности, 3-сильные, 4- очень сильные) и по 3-бальной шкале длительности (1 балл-секунды (менее 60сек), 2 б.-минуты (от 1 мин до 60 мин), 3 б.- часы (1 час и более)). Оценивались локализации болей, число болевых зон, иррадиация, характер, провоцирующие и купирующие факторы. Поскольку сравнивать динамику абсолютные значения шкал у разных пациентов не имеет смысла, сравнивалась динамика приростов шкал от дня ко дню. Каждые сутки рассчитывался прирост числа баллов всех шкал путем вычитания из суммы баллов текущего дня, суммы однотипных баллов предыдущего дня. Это позволяло выделить дни с приростом или снижением проявлений тревоги, депрессии, боли и дни, когда самочувствию даются разные градации динамики положительного оттенка. Каждый день у всех пациентов, характеризуется значениями приростов по следующим шкалам: общего самочувствия, MADRS, Covi, интенсивность боли, длительность боли, число болевых зон, число зон с воспалительными изменениями. Для классификации ежедневных приростов шкал в объединенном массиве данных всех больных (678 дней) нами использованы методы распознавания образов (кластеризации), включающие сочетание метода гиперсфер и потенциальных функций [Лохматов Г.И., Михалевич И.М.]. Использованный метод кластеризации является непараметрическим и обладает свойством сходимости к минимальному числу классов при классификации без “эталона” и при заданных критериях компактности. Статистическая проверка адекватности разбиения на классы проводилась с помощью дискриминантного анализа, который показал, что процент точек в областях пересечения классов не превышает заданного уровня 5%.

После отнесения каждой группы суточных приростов шкал депрессии, тревоги, боли и локального воспаления к одному из классов, формировалась последовательность классов в хронологическом порядке, т.е. каждому дню ставился в соответствие определенный класс. Для расчета вероятностей перехода из класса в класс использовалась программа, реализующая математический аппарат анализа цепей Маркова. Последовательность классов (дней с присвоенным значением класса) анализировалась следующим образом: подсчитывалась частота перехода из каждого класса в другие классы за весь период наблюдения 678 дней. В табл. 1 представлена такая матрица (снизу-вверх) условных вероятностей переходов из класса в класс. Частота перехода из класса в класс, в процентах, указана в ячейках на пересечении горизонтальной строки класса с вертикальной колонкой другого класса. Например, частота перехода из класса 7 в класс 3 равна 29%, в класс 4 равна 20% (по ходу стрелок) и т.д.. Проценты отражают частоту перехода только из данного класса в другие, их значение указано без дробной части, поэтому сумма в строке может быть 99 а не 100%. Переходы на стыке данных двух пациентов исключались из анализа и поэтому количество переходов меньше количества дней наблюдения. Абсолютное количество переходов из данного класса указано в крайней правой колонке. Затем проводилась оценка отличия частот переходов от случайного процесса по критерию χ^2 . Применение критерия χ^2 правомерно, если так назы-

ваемая ожидаемая частота в любой из ячеек матрицы ожидаемых частот, совпадающей по размерности с матрицей условных переходов табл. 1 будет больше или равна 5. Расчет показывает, что этому условию удовлетворяют все значения в ячейках табл.1 кроме ячеек переходов из 9 класса и в него (ввиду его малочисленности). Поэтому переходы из этого класса не упоминаются далее в вероятностных рассуждениях. Вычисленный, для удовлетворяющих этому условию, критерий $\chi^2 = 184$. Число степеней свободы равно $64=(n-1)^2=(9-1)^2$, где $n=9$ -размерность матрицы условных вероятностей переходов. Сравнение вычисленного и табличного критериев говорит о том, что частоты переходов во всех ячейках табл. 1 (кроме переходов в и из 9 класса) с высокой вероятностью ($p < 0,001$) отличаются от случайных.

В настоящем сообщении также приводятся данные обработки суммарного массива многодневных данных для поиска связей между параметрами текущего и предшествующего дней, который формировался следующим образом. У каждого пациента в хронологическом порядке выстраивались все междусуточные приросты показателей АД а остальные показатели смещались в электронной таблице на 1 сутки так, чтобы сопоставить приросты АД в текущие сутки с данными предшествующих суток для корреляционного и нейросетевого анализа (лаг 1 сутки). Затем многодневные данные всех пациентов объединялись в единый массив, который составил 634 дня. Для прогнозирования с лагом 1 сутки использовались нейронные сети с общей регрессией (НСОР), нейросетевой пакет NeuroShell 2 v. 4.0 (Ward Systems Group, Inc. США). Применялась калибровка с генетическим поиском для нахождения наилучшего значения параметра сглаживания, размер популяции для генетического поиска –300. Перед обучением НСОП выделялся тренировочный набор данных (500 случаев), тестовый набор данных (80 случаев) и экзаменационный набор (55 случаев). Набор входных параметров пошагово увеличивался до получения приемлемых результатов.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета Statistica v. 5.0 (StatSoft, США). Средние значения указываются со стандартным отклонением. Все выборки оценивались на соответствие нормальному распределению и, в случае отличия от такового, использовались и непараметрические методы оценивания.

Результаты и обсуждение. Ежедневное использование шкал оценки боли, тревоги и депрессии у больных гипертонической болезнью выявляет такую симптоматику в подавляющем большинстве дней наблюдения (79,1% , 75,4% и 71,2% дней суммарного периода наблюдения соответственно) и высокую вариабельность этой симптоматики от дня ко дню. Наиболее часто, при работе со шкалой MADRS, встречалась группа субъективных признаков подавленности и нарушения сна. При использовании шкалы Covi чаще всего выявлялись соматические симптомы тревоги и жалобы на повышенный уровень тревожного настроения, напряжения, страха. Средний уровень шкал депрессии и тревоги за весь период наблюдения в группе невысок, но сильно варьирует от дня ко дню ($3,27 \pm 3,76$ и $1,73 \pm 1,63$ соответственно). Болевой синдром, в подавляющем большинстве случаев, имел связь с позой, выявлялись локальные болевые зоны при пальпации и проявлялся в виде головных болей напряжения, вертеброгенных цервикалгий, кардиалгий, торакалгий, люмбалгий с корешковым синдромом (среднее по группе значение интенсивности, длительности и количества болевых зон в баллах равно $1,5 \pm 1,02$; $1,89 \pm 1,12$; $1,66 \pm 1,29$ соответственно). Как показывает стандартное отклонение, болевой синдром также очень вариабелен от дня ко дню. Средний уровень значения шкал, за весь период наблюдения в группе, сравнительно невысок, но в 14,9% дней наблюдения, для шкалы депрессии, в 17,8%, для шкалы тревоги (т.е. 1 раз в 6-7 дней) и в 7,7% дней, для шкалы боли, отмечаются выраженные нарастания симптоматики, превышающие уровень стандартного отклонения и сопровождающиеся эмоциональным дискомфортом.

Сравнение значений параметров в первую и вторую половину срока лечения больных гипертонической болезнью гипотензивными препаратами, психотропными и анальгетиками показывает небольшое, но значимое снижение уровня систолического давления, уровня тревоги по шкале Covi, количества болевых зон. Не изменяется уровень депрессивной симптоматики и вариабельность (значения приростов) по всем исследованным шкалам и субшкалам тревоги, депрессии, боли. Это говорит о том, что при изменении среднего уров-

ня шкалы в ходе лечения не изменялись приросты шкал. Иначе говоря, анализируемая вариабельность «от дня ко дню» не реагировала на указанное лечение.

Оценивался коэффициент корреляции Spearman между синхронными суточными оценками шкал депрессии, тревоги, максимальной за сутки интенсивности и продолжительности боли, числом болевых зон и максимальным систолическим и диастолическим давлением. Выявлена выраженная корреляция параметров в рамках одного синдрома (артериальной гипертензии, болевого, тревожно-депрессивного) и низкая корреляция, в текущие сутки, между этими тремя синдромами. Учитывая высокую частоту и вариабельность, от дня ко дню, всех анализируемых выше параметров, такие результаты корреляционного анализа указывают на феномен десинхронизации соотношений амплитуд болевого синдрома, тревожно-депрессивного синдрома и уровня АД, в одни и те же сутки. Что может быть активно направляемым процессом с целью предотвращения совпадения максимумов негативных изменений в функциональных системах.

Процедура кластеризации на объединенном массиве данных пациентов показала, что практически все дни (669 из 678), можно отнести к одному из 9 классов по соотношению приростов клинических шкал. Значения шкал в каждом классе приведены в табл 2. Обращает на себя внимание, что нет классов со значимой реципрокной динамикой шкал. То есть, синдромы или значимо нарастают или значимо убывают, но не то и другое вместе. Вероятно, итог межсистемного взаимодействия, формирующий существенную клиническую динамику от дня ко дню, в среднем, однонаправлен, и, возможно, находится под доминирующим влиянием одной системы регуляции, не являясь простой суммой процессов. В большинстве дней нарастание шкал избирательно: либо тревога-депрессия, либо интенсивность боли или число зон локального воспаления.

Среди вариантов ухудшения реже других встречается синхронное нарастание сразу 3 шкал: боли-тревоги-депрессии (8.3% дней), в большей части случаев не имеющее связи с изменением терапии в ближайшие 2 суток. Обращает на себя внимание, что синхронизация боли, тревоги и депрессии наблюдалась, в подавляющем большинстве случаев, только в течение 1 суток, за исключение 1 случая, когда синхронный рост шкал шел 2 дня подряд. Такая синхронизация сопровождается более выраженными отрицательными сдвигами шкал на следующие сутки. Косвенным подтверждением большей опасности одновременного ухудшения по 3 шкалам (боль-тревога-депрессия), служат последствия синхронного нарастания комплекса, поскольку на следующий день в 92% случаев сохраняется значимый уровень патологической симптоматики. При парциальном ухудшении (нарастание: или боли или тревоги-депрессии или воспаления) на следующий день значимая патологическая симптоматика сохраняется реже (в 56-73%) и достаточно часто встречается регресс возникшего ухудшения (с вероятностью 22-29%). Имеются признаки того, что процесс ухудшения краткосрочной симптоматики имеет инерцию, по крайней мере, в течение следующих 1 суток, т.к. на следующий день доминируют тенденции к сохранению значимых негативных уровней шкал. Поэтому, встретив в текущие сутки значительный прирост одного или, особенно, комплекса вышеуказанных синдромов надо иметь в виду высокую вероятность сохранения отрицательного самочувствия на следующие сутки. Привлекает внимание тот факт, что после значительного роста шкал какого-либо синдрома, повторный выраженный рост этих же симптомов имеет низкую вероятность, обычно в несколько раз меньшую, чем вероятность их регресса пусть и неполного. Например, отношение вероятностей (спад/рост) для следующего дня после нарастания депрессии в классе 2 равно 41/9, для тревоги в классе 4 – 46/8, для боли в классе 7 – 29/9, для воспаления в классе 5 – 26/5.

Можно предполагать, в этих случаях, проявление феномена отрицательной обратной связи, когда рост выраженности синдрома наталкивается на противодействие регулирующих систем. Вероятность такого противодействия существенно больше, чем ее отсутствие. Даже небольшие уровни флюктуации зарегистрированных нами клинических синдромов, в сравнении с максимальным значением шкал, вызывают отчетливо асимметричный отклик регулирующих систем. Если это так, то они имеют надпороговый уровень и ими трудно пренебрегать при формировании прогнозных оценок.

Значимый регресс шкал также имеет тенденцию к десинхронизации и в этом случае труднее привлекать к объяснению активный механизм рассинхронизации. Возможна конкуренция разных механизмов саногенеза за ресурсы (регуляторные, энергетические, пластические) с их асинхронным перенаправлением. Следует отметить, что синхронный однодневный полисиндромный регресс встречается почти в 2 раза чаще (14,6% дней наблюдения), чем синхронное полисиндромное нарастание тревоги-депрессии-боли. Это можно трактовать, как особенность процессов регуляции, допускающих чаще синхронный регресс, чем рост этих синдромов. Значимое выборочное уменьшение от дня ко дню» или тревоги-депрессии или боли или воспаления встречается существенно чаще (32,9% всех дней), чем комплексное.

Параллели выявленным особенностям можно найти в работе Вейна А.М., где указывается, что при, так называемом, синхронизирующем типе мозгового гомеостаза отмечаются более интенсивные психовегетативные нарушения и большая длительность болезни. Поэтому, вероятно, имеет место активно направляемая десинхронизация патологических процессов, ввиду того, что их одномоментное нарастание представляет опасность. Аналогия, позволяющая предполагать такой характер регуляции, известна по роли структур мозга, которые синхронизируют электроэнцефалографическую активность (таламокортикальная система) и десинхронизируют ее (ретикулярная формация ствола мозга). Продолжая аналогию, можно предположить участие этих же структур в синхронизации – десинхронизации клинической динамики.

Результаты кластеризации на объединенном массиве данных показывают, что у разных пациентов происходит чередование, от дня ко дню, одних и тех же классов. Закономерен вопрос: чередование классов случайный процесс или он подчиняется закономерностям? Для уточнения этого после отнесения каждой группы суточных приростов шкал депрессии, тревоги, боли и локального воспаления к одному из классов, формировалась последовательность классов в хронологическом порядке, т.е. каждому дню ставился в соответствие определенный класс. Для расчета вероятностей перехода из класса в класс использовалась программа анализа цепей Маркова.

Последовательность классов (дней с присвоенным значением класса) анализировалась следующим образом: подсчитывалась частота перехода из каждого класса в другие классы за весь период наблюдения 678 дней. В табл. 1 представлена такая матрица (снизу-вверх) условных вероятностей переходов из класса в класс. Частота перехода из класса в класс, в процентах, указана в ячейках на пересечении горизонтальной строки класса с вертикальной колонкой другого класса. Например, частота перехода из класса 7 в класс 3 равна 29%, в класс 4 равна 20% (по ходу стрелок) и т.д.. Проценты отражают частоту перехода только из данного класса в другие, их значение указано без дробной части, поэтому сумма в строке может быть 99% а не 100%.

Исследование частот чередования типов (классов) приростов боли, тревоги, депрессии, локального воспаления с использованием аппарата анализа цепей Маркова показывает, что существуют доминирующие вероятности развития событий на следующие сутки. Заметную тенденцию к устойчивости, т.е. переходам в «самого себя» на следующие сутки демонстрирует только первый класс (“стабильный”). Он занимает небольшую долю суммарного времени наблюдения (22%). Выявлена высокая частота существования нестабильных классов (дней) – 88 % срока наблюдения, когда один класс переходит на следующий день в другой. Это говорит об эндогенном спонтанном характере нестабильности, от дня ко дню, так как такую частоту изменения состояний нельзя объяснить лекарственными воздействиями, которые пересматривались относительно редко. Таким образом, зная к какому классу приростов симптоматики относится сегодняшней день, можно дать вероятностный прогноз смены класса на следующие сутки. Но матрица условных вероятностей переходов дает «размытый» на множество вариантов прогноз, поэтому оправдана попытка поиска более точных методов.

Для этого проведен корреляционный анализ между приростами АД в текущие сутки с приростами этих же параметров АД и клинических шкал в предшествующие сутки. Рассчитывались коэффициенты корреляции Spearman и частные коэффициенты корреляции. По-

следние вычислялись исходя из условия, что четыре параметра приростов АД в текущие сутки, поочередно, являются зависимой переменной, а все параметры АД и клинических шкал предыдущих суток – независимыми переменными.

Выявлена корреляция параметров АД текущих суток с параметрами АД и значениями клинических шкал предыдущих суток. Поэтому была предпринята попытка построения множественной линейной регрессионной модели для МПСАД текущих суток (зависимая переменная) по данным прошедших суток. Независимыми переменными были все вышеуказанные параметры АД, шкалы и субшкалы клинических оценок предыдущих суток (всего 16). Модель оказалась достоверной ($p=000001$), но качество предсказания низкое ($RI=0.21$). В нее были включены, помимо постоянного члена, МПСАД(-1), МПВСАД(-1), максимальная интенсивность боли и прирост продолжительности болей в прошлых сутках. Использование фиксированных нелинейных членов не улучшило модель.

Тогда для прогнозирования МПСАД текущих суток по параметрам предыдущего дня была использована искусственная нейронная сеть с общей регрессией, которая используется для поиска нелинейных многофакторных связей и прогнозирования на непрерывных шкалах. Выходным параметром был МПСАД текущих суток. В список входных параметров, взятых из предшествующих суток, включали, с шагом по одному, вышеуказанные показатели АД и клинических шкал и субшкал для улучшения предсказательных свойств нейросетевой модели. НСОР обучалась на тренировочном наборе данных (500 дней), калибровалась на тестовом наборе данных (80 дней), которые не участвовали в обучении. И проверялась на экзаменационном наборе данных из 54 дней на пациентах, которые не участвовали ни в обучении сети, ни в тестировании. Модели с входными данными только из параметров АД давали низкое качество прогноза (ошибки предсказания прироста САД более 30% составляли 70% массива прогнозов, коэффициент корреляции между реальными и спрогнозированными данными находился в пределах 0,40-0,50). Модель постепенно улучшалась при пошаговом добавлении значений клинических шкал и субшкал пока не показала удовлетворительный результат, который приведен в табл. 3. Как видно из табл. 3, параметры работы модели и точность прогноза можно признать удовлетворительными, т.к. коэффициент множественной детерминации (RI) равен 0,89 (максимальное значение 1), коэффициент корреляции Пирсона между реальными и предсказанными значениями равен 0,94. Сопоставление прогноза нейросети и реальных данных из экзаменационного набора в графической форме представлен на Рис 1.

Анализ значимости входных данных, по параметрам сглаживания для входов в тестовом наборе, показывает, что наибольший вклад в прогноз внесли следующие показатели предыдущих суток: все параметры АД (МПСАД, МПВСАД, МПДАД, МПВДАД); значения субшкал 2 и 4 шкалы MADRS (нарушения сна и субъективные признаки подавленности) менее значим прирост самой шкалы депрессии; субшкалы Cov1 – соматические симптомы тревоги, менее значим прирост самой шкалы тревоги; в болевом синдроме наиболее значимым были абсолютные значения количества болевых зон, максимальной длительности и интенсивности боли и менее значимым приросты числа болевых зон, интенсивности и длительности болевых ощущений; изменение оценки самочувствия было умеренно значимым. Сравнение с данными корреляционного анализа и множественной линейной регрессионной моделью показывает, что резко расширился список значимых для прогноза клинических шкал. Это позволяет предполагать комплексный и существенно нелинейный характер связи между динамикой систолического артериального давления и, предшествующими ему за 1 сутки, краткосрочными клиническими симптомами, которые представляют, по существу, неспецифическую симптоматику, сжатую в виде общеизвестных шкал депрессии и тревоги. Значение этих двух шкал в подавляющей степени, в данной группе больных, формировались соматовегетативной симптоматикой, а не аффективными нарушениями.

Полученные данные позволяют говорить о достаточно тесных комплексных нелинейных связях прироста максимального систолического давления в анализируемые сутки с динамикой неспецифической клинической симптоматики в предшествующие 2 дня в виде симптомов подавленности, тревоги, нарушений сна, вегетативных дисфункций и миофасциальных болей. Учитывая значимые отрицательные корреляционные связи параметров АД текущего дня с показателями АД предыдущего дня можно предполагать, что направление

изменения САД задается системой краткосрочной регуляции гемодинамики, а перечисленные клинические симптомы модулируют амплитуду прироста САД или достаточно тесно связаны с ее регуляторами. Возможно, опережающие изменения в эмоционально-вегетативном и болевом реагировании приводят к известной на практике отсроченной реакции АД на кратковременный стресс, когда подъем АД происходит не на высоте аффекта, а асинхронно – через несколько часов или сутки. Качество модели позволяет говорить о такой патогенетической (корреляционной) связи между краткосрочными системами управления эмоционально-вегетативной динамикой, болевым восприятием и, запаздывающей на 1 сутки, динамикой систолического артериального давления у больных гипертонической болезнью. Речь не идет об оценке абсолютных значений САД, которые у пациентов существенно различаются. Обученная нейронная сеть может использоваться для краткосрочного прогнозирования колебаний САД на 1 сутки вперед и требует изложенного методического подхода к оценке состояния больных гипертонической болезнью, при наличии у них вышеуказанной симптоматики (по существу – микросимптоматики).

Выявленная, с использованием искусственных нейронных сетей, тесная связь между приростами шкал боли, тревоги, депрессии, самооценки с АД текущих суток и приростом максимального САД покоя следующих суток имеет особенности. К ним относятся: тесная связь прироста САД не с одним фактором, а именно со всем их комплексом; нелинейный характер такой связи; модель эффективна независимо от того, имеет ли пациент только ГБ или сочетание ГБ и ИБС; модель учитывает двухдневную предысторию приростов, так как приросты в текущие сутки зависят от предыдущих; модель хорошо прогнозирует как повышения, так и понижения САД, что говорит о двунаправленной связи между клиническими шкалами и АД; модель работоспособна у пациентов, обследованных в разные сезоны года при широком варьировании возраста, пола, степени и стадии АГ. Таким образом, гемодинамический, тревожно-депрессивный и болевой комплекс текущих суток количественно связан с гемодинамической ситуацией следующих суток. Возможно, это связано с тем, что центральные структуры (ствол мозга, таламус, лимбико-ретикулярный комплекс), во многом общие, при реализации восприятия боли, формировании эмоциональных, вегетативных и гемодинамических реакций [А.М.Вейн, М.Я.Авруцкий].

Следует отметить, что изучаемые в настоящей работе колебания АД «от дня ко дню», в подавляющем большинстве случаев, не имели связанных с ними клинических симптомов. Так из 152 повышений АД, превышающих стандартное отклонение в 1,5 раза от индивидуального среднего уровня, только 8 эпизодов (5,3%) имели признаки гипертонического криза. Таким образом, изучались не кризы, а вариабельность в рамках «физиологических» колебаний АД.

Представляет интерес сравнение результатов анализа цепочек событий «от дня ко дню» (по суточному комплексу приростов шкал тревоги, депрессии, боли и воспаления). Анализ показал, что каждый день с высокой вероятностью отличается от другого по приросту перечисленных синдромов. Это заставляет предполагать активно работающие механизмы, встроенные в суточный ритм, и формирующие чередование синдромов. Остается неясным, функционируют ли они постоянно, накапливая пороговые значения, или сконцентрированы в каких-либо интервалах времени, где их можно было бы корректировать. Неуточненными остаются вопросы: как формируется феномен десинхронизации и синхронизации клинических синдромов, в каких функциональных сдвигах и структурах реализуется латентный период? Какими должны быть меры профилактики кризов или коллапсов, учитывая, что в момент выдачи прогноза АД еще не изменилось, а влиять на реализовавшийся эмоционально-вегетативный и болевой комплекс уже поздно?

Формирование комплекса аналитических методик для изучения нестабильных состояний в клинической медицине еще далеко от завершения. Пока нестабильность изучается фрагментарно. Идеальной аналитической процедуры, построенной на изучении всего комплекса реакций - сердечно-сосудистых, вегетативных, гуморальных, эмоциональных еще нет. Вместе с тем актуальность такой задачи достаточно очевидна в связи с тем, что на пике различного типа реакций и их сочетаний происходит большинство клинических катастроф. Пока еще отсутствуют детальные феноменологические описания вариантов кратковремен-

ной нестабильности гемодинамики в «естественных» условиях у больных гипертонической болезнью. Неясна клиническая значимость разных видов variability артериального давления. Настоящий момент - это период накопления знаний о проблеме и методах анализа, которые позволили бы, в перспективе, оценивать степень угрозы формирующегося экстремума и давать краткосрочный прогноз дальнейшего развития событий. Представляется актуальным развить методы оценки феномена синхронизации-десинхронизации экстремумов (фаз) функций, поскольку поражение будет наибольшим когда максимум(ы) повреждающих факторов совпадут с минимальной резистентностью структур-мишеней. Последняя компонента может быть решающей и менее всего изучена. Поэтому можно считать перспективным изучение не только амплитуд процессов но и, что кажется существенным – фаз между ними, т.е. согласованности их во времени. среднего квадрата ошибки; относительная СКО % - это средняя квадратичная ошибка, отнесенная к диапазону изменения данного выхода, т.е. к разнице (максимум-минимум).

Таблица 1 Матрица условных вероятностей переходов состояний из класса в класс (в процентах) 42 пациента (618 переходов)

		Номер класса									Абсолютное число переходов
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Номер класса	1	31	9	11↑	7↑	13	11	9	9	0	140
	2	14	2	27	7	12	12	2	16	7	56
	3	10	19	8	14	8	13	22	6	0	78
	4	14	6	13	2	8	6	15	33	3	64
	5	16	9	9	12	5	26	8	11	3	74
	6	27	7	14	10	27	6	3	6	0	70
	7	21	5	29	20	12	5	4	4	0	56
	8	25	4	5	24	11	17	7	7	0	72
	9	25	38	0	0	0	12	25	0	0	8

Комментарии: см. в тексте

Таблица 2.

Средние значения междусуточных приростов шкал синдромов боли, тревоги, депрессии, воспаления, их стандартные отклонения в выделенных классах динамики синдромов (42 пациента, 678 дней наблюдения)

		Номер класса								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число дней в % к 678		148 21,8%	56 8,3%	91 13,4%	70 10,3%	81 11,9%	79 11,7%	62 9,1%	74 10,9%	8 1,2%
M±σ	MADRS	-0,05 ±1,8	3,9 ±3,2	-1,2 ±2,4	4,7 ±3,7	0,6 ±2,3	-0,6 ±2,4	-0,9 ±1,8	-5,4 ±3,1	-10,9 ±2,9
	Covi	0,2 ±1,1	1,2 ±1,7	-0,5 ±1,4	1,8 ±1,6	0,4 ±1,5	-0,4 ±1,2	-0,5 ±1,2	-2,3 ±1,6	-4,1 ±1,5
	Боль интенсивность	-0,3 ±0,6	1,4 ±0,7	-1,4 ±0,7	-0,1 ±0,8	-0,04 ±0,7	-0,1 ±0,7	1,2 ±0,7	-0,2 ±0,7	-1,9 ±0,9
	Число зон воспаления	0 ±0	0,2 ±0,5	0,1 ±0,6	-0,2 ±0,7	1,4 ±0,6	-1,2 ±0,4	0,03 ±0,6	0,1 ±0,6	-0,9 ±0,6

Примечания: M – среднее значение

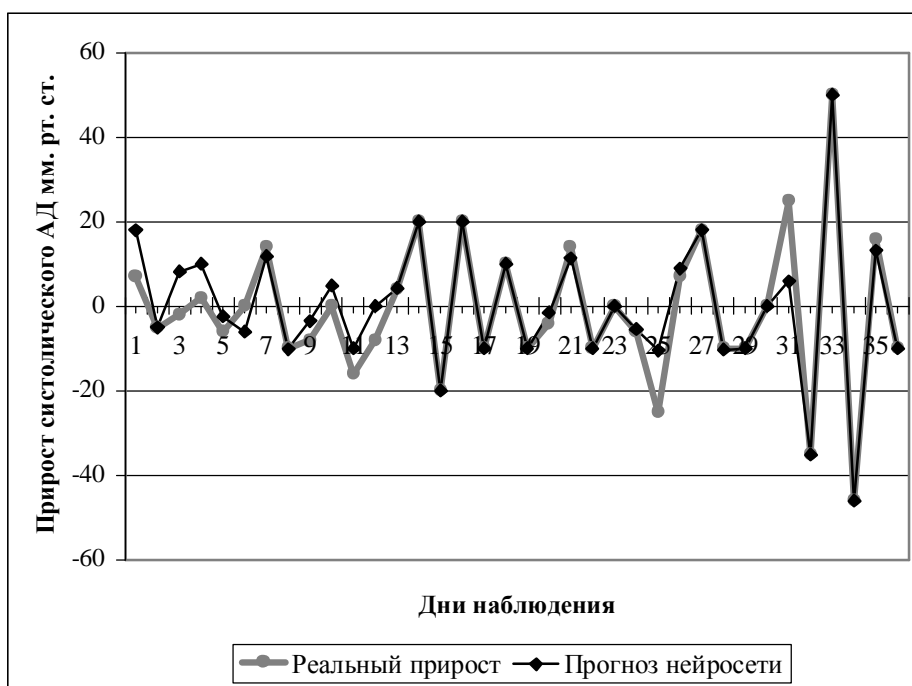
Таблица 3

Результаты, показанные обученной нейронной сетью с общей регрессией на экзаменационной выборке при прогнозировании прироста систолического артериального давления по данным предыдущего дня

Тип сети: НСОР, с генетическим поиском	
Обработано примеров:	54
Параметр сглаживания:	0.13811764
R квадрат:	0.8904
Коэффициент корреляции r:	0.9472
r квадрат:	0.8971
Средний квадрат ошибки:	31.461
Ср. квадратичная ошибка (СКО):	5.609
Относительная СКО, %:	4.835
Средняя абсолютная ошибка:	3.012
Мин. абсолютная ошибка:	0
Макс. абсолютная ошибка:	19.964
Доля с ошибкой менее 5%:	42.593
Доля с ошибкой от 5% до 10%:	7.407
Доля с ошибкой от 10% до 20%:	7.407
Доля с ошибкой от 20% до 30%:	1.852
Доля с ошибкой свыше 30%:	27.778

Примечания: Параметр сглаживания – наилучшее значение параметра сглаживания, вычисленное в процессе тренировки на тестовом наборе данных; R квадрат – коэффициент множественной детерминации (значение при полном совпадении предсказаний будет равно 1); коэффициент корреляции r – линейный коэффициент корреляции Пирсона между реальными и предсказанными значениями прироста систолического артериального давления; r квадрат – квадрат коэффициента корреляции; средний квадрат ошибки – это среднее по всем примерам в файле от квадрата разности истинного значения и предсказанного значения; СКО – средняя квадратичная ошибка – это квадратный корень из среднего квадрата ошибки; относительная СКО % - это средняя квадратичная ошибка, отнесенная к диапазону изменения данного выхода, т.е. к разнице (максимум-минимум).

Рисунок 1 Результаты, показанные обученной нейронной сетью с общей регрессией на части экзаменационной выборки при прогнозировании прироста систолического артериального давления по данным предыдущего дня



АУТОДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАТТЕРН ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Окладников В.И.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Эмоциональный стресс является одной из основных причин сердечно-сосудистых заболеваний (Ю. Л. Лисицин, 1998). В России треть взрослого населения живет в условиях хронического психосоциального стресса высокого уровня, еще треть - среднего уровня (Г.С.Жуковский и соавт., 1986). Снижение социального градиента и уровня социальной поддержки повышает риск возникновения артериальной гипертензии и инсульта, а высокий образовательный и профессиональный уровни, семейный статус – «женат», и высокий уровень социальной поддержки являются протективными факторами в отношении уровня развития инсульта (Е.А.Громова, 2004).

Целью настоящего исследования было выявление личностных особенностей, определяющих повышенную чувствительность индивидуума к действию психосоциальных факторов.

Проведенное исследование показало, что среди факторов, формирующих развитие цереброваскулярной патологии (ЦВП), важное место принадлежит личностным особенностям индивидуумов. Эти особенности связаны с особым аутодеструктивным паттерном. С позиции аналитической психологии К.Юнга аутодеструктивные и суицидальные тенденции обусловлены внутрличностным конфликтом, возникающим в результате столкновения установок бессознательного и сознания, приводящим к нарушению гармонии личности. В психиатрии и наркологии хорошо известны несуйцидальные формы аутоагрессий, проявляющиеся самоповреждениями и передозировками токсических веществ (Е.Г.Трайнина, 1985).

Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов с ЦВП, у которых по данным психодиагностики по тесту Сонди выявлен аутодеструктивный синдром. Аутодеструктивный синдром по тесту «портретных выборов» Сонди выражался паттернами k-p0 (8 человек) и d0m- (2 человека). Характеристика пациентов: женщин – 6, мужчин – 4, возраст 41-63 лет, образование – высшее, дисциркуляторная энцефалопатия диагностирована у 4 пациентов, начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения – у 3, транзиторные ишемические атаки – у 1, последствия геморрагического и ишемического инсультов - по 1 случаю. Выраженность синдрома вегетативной дистонии - 21-54 баллов. Исследование типа личности показало, что большинство пациентов являются логико-интуитивными экстравертами (ЛИЭ) – 4 человека, сенсорно-логических экстравертов (СЛЭ) – 2, остальные типы личности - по 1 человеку. Типологические характеристики представлены в большинстве случаев дезадаптивными вариантами: амальгамирование – 2 случая, сочетание амальгамирования и акцентуации – 5 случаев, 3 пациента имели акцентуацию личности.

Для сравнения была изучена группа из 21 пациента, страдающего вегетативной дистонией невротического генеза, у которых при психодиагностическом исследовании по методу «портретных выборов» Сонди была также выявлена «склонность к аутодеструкции и тенденция идти по пути саморазрушения». Эта тенденция также выражалась синдромами p0k- (12 человек) и d0m- (9 человек). Типологическое исследование показало, что в группе было логико-интуитивных экстравертов (ЛИЭ) - 4 человека, сенсорно-логических экстравертов (СЛЭ) – 3 человека, СЛИ, ЭИИ, ЭСЭ – по 2, остальные типы личности были представлены 1 человеком.

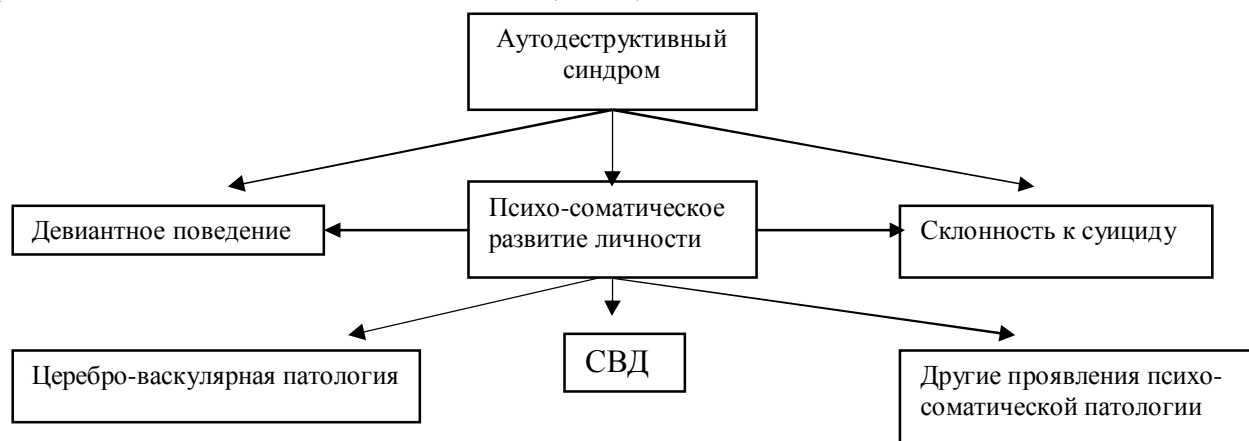
У всех пациентов группы сравнения был выявлен дезадаптивный вариант типа личности - паттерн «амальгамирование», причем в 10 случаях это отмечено по шкале экстраверсия-интроверсия, в 5 наблюдениях – по шкале рациональность – иррациональность, в 5 случаях – по ведущей психической функции, у 4 пациентов – по шкале вспомогательной функции, по двум и трем шкалам «амальгамирование» выявлено соответственно в 3 и 4 наблюдениях. Одновременно с этим «акцентуация» одной из функций отмечена у 9 пациентов.

Полученные данные говорят о том, что *аутодеструктивный синдром* выявляется у пациентов как с психовегетативными нарушениями, так и при цереброваскулярной патологии, он характеризуется типологически *сочетанием амальгамирования и акцентуации*.

Дисгармония личности при этом проявляется существованием разнонаправленных тенденций в различных функциях. Пациент бессознательно стремится одновременно «стать другим» и «остаться собой», он как бы изнутри «разрывается на части». «Решение быть другим, а не собой – это самая глубокая форма отчаяния», - говорил датский философ С. Кьеркегор.

Аутодеструктивный паттерн личности начинает формироваться в молодом возрасте индивидуума и вначале проявляется клинически психовегетативными нарушениями и тревожно-депрессивным синдромом. При развитии ЦВП аутодеструктивный синдром вписывается в «профиль личности» пациента, составляя его важнейшую часть. По нашим данным, опубликованным ранее (В.И.Окладников, Г.Г.Кухлова, 2004), синдром аутодеструкции выявляется также у невротиков с девиантным поведением и у суицидентов.

В свете приведенных данных общая концепция заключается в следующем. Аутодеструктивная тенденция как личностная особенность индивидуума детерминирована генетически (судьбоаналитическая концепция Л. Сонди, 1963), хотя она может «флюктуировать» под влиянием условий жизни, усиливаясь при психоэмоциональном стрессе. Клинически эта тенденция проявляется тревожно-депрессивными особенностями личности. При своем развитии она может трансформироваться в девиантное поведение индивидуума, в суицидальную склонность, а в большинстве случаев она приводит к психосоматической патологии, которая вначале проявляется синдромом вегетативной дистонии, кардиоваскулярный вариант которого может привести к формированию церебро-вазулярного заболевания. Таким образом, данная концепция рассматривает церебро-вазулярное заболевание в качестве одного из вариантов психо-соматической патологии (схема).



Определение аутодеструктивного синдрома как фактора риска цереброваскулярной патологии, причем фактора риска регулируемого, управляемого создает новые возможности для первичной и вторичной профилактики сосудистой патологии головного мозга. Эти возможности могут быть реализованы в частности с помощью фармакологической, физио- и психотерапевтической коррективки личностно-типологических проявлений дезадаптации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМАТИКИ, КЛИНИКИ, ПАТОГЕНЕЗА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ.

Собенников В.С.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В современной классификации МКБ-10, расстройства с преимущественно телесными ощущениями и вегетосоматическими нарушениями объединены рубрикой “соматоформные расстройства” и, согласно определению, характеризуются физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни. Выделено 6 клинических типов соматоформных расстройств (СФР): 1)соматизированное расстройство, 2)недифференцированное соматоформное расстройство, 3)ипохондрия, 4)соматоформная вегетативная дисфункция, 5)хроническое соматоформное

болевое расстройство, б) другие и неуточненные соматоформные расстройства, отличающихся феноменологически.

Критерии диагностики СФР, разграничения различных их типов, а также вопросы дифференциации с расстройствами аффективного и тревожного кластеров разработаны недостаточно. Признается, что действующая систематика имеет скорее феноменологические границы, чем клинико-патогенетические (Тиганов А.С., 1992; Краснов В.Н., 1998; Гиндикин В.Я., 2000). Прежде всего, это связано с отсутствием достаточных сведений относительно генеза, психопатологии, течения, исхода данного рода нарушений. Краеугольное положение занимает проблема условий и механизмов формирования «соматического фасада» при психической патологии. Имеются лишь разрозненные данные о некотором значении в развитии соматоформных расстройств предшествующих стрессов, пола, возраста, уровня образования, культуральных особенностей (Escobar J.I., et al., 1983; McLeod D.R., et al., 1986; Ebert. D., et al., 1994).

Между тем, ещё со времен античности, сформировалось три основных направления концептуализации патологических состояний с наличием соматоформных в современном понимании симптомов: учения об истерии, ипохондрии и меланхолии. Именно представительство объединяющей их соматоформной симптоматики способствовало тому, что содержание этих клинических понятий неоднократно видоизменялось, патологические состояния объединялись, растворяясь одно в другом, либо вновь рассматривались отдельно. Можно отметить, однако, общую тенденцию более значимой оценки патологических сенсаций в рамках концепции ипохондрии (Jahrreiss W., 1930), в противовес её факультативного значения при истерии и меланхолии.

Окончательная дифференциация истерии, ипохондрии и меланхолии произошла лишь в конце 19 столетия. Французский психиатр Шарко (Charcot Jean-Martin) заложил основу учения о психогенной природе истерии и подробно описал истерические стигмы (Каннабих Ю., 1994). Последующие работы Зигмунда Фрейда и В.Штекеля, определили развитие психосоматической доктрины и заложили основу психоаналитической трактовки патогенетических механизмов, лежащих в основе формирования соматоформных симптомов при истерии и ипохондрии (Якубик А., 1982). Универсальное значение в возникновении невротических и психосоматических нарушений придается тревоге. Фрейд включает в рубрику «актуальные неврозы» три отдельных синдрома: неврастению, невротическую тревогу и ипохондрию (Freedman A.M., et al., 1967). Ипохондрия, по его мнению, есть результат взаимного наслаения неврастении и невротической тревоги. Тревога, лежащая в основе актуальных неврозов продуцируется суммацией психического напряжения и действия эндогенных «токсиков» при неудовлетворении сексуального влечения, в то время как истерия по З.Фрейду имеет исключительно психогенную этиологию и относится к психоневрозам (Ferenczi S., 1952). Автор отграничил соматоформные симптомы тревоги (потливость, головокружение, дисфункции желудочно-кишечного тракта), которые, по его мнению, возникают вследствие прямой трансляции психического напряжения в соматическую сферу, от конверсионных, связанных с деятельностью «Я» по нейтрализации фрустрирующих конфликтных переживаний и переводу их «суммы возбуждений» в область телесности, в символической форме. Для обозначения процесса, определяющего нарушение общей чувствительности и вегетативные сдвиги вследствие «глубинных» невротических причин предложен термин «соматизация» (Steckel W., 1921). Механизм «соматизации» В.Штекель связывал с «вытеснение» психологического конфликта из аутопсихики на уровень соматопсихики. В отличие от конверсии при соматизации символическое значение симптомов не декларируется. Дальнейшее изучение истерии представителями психоаналитического направления способствовало развитию таких основополагающих понятий как диссоциация, конверсия, соматизация, которые до настоящего времени рассматриваются в аспекте психологической защиты и соотносятся с гипотетическими механизмами истерических нарушений.

Первое систематическое клиническое исследование феноменологии соматоформных нарушений при истерии было выполнено Paul Briquet (1859). Важными (но не определяющими) признаками данных расстройств, признается ситуационная зависимость, лабильность, эмотивность симптоматики, «толерантность» к симптомам и «условная желательность». Ха-

рактизируют проявления истерической соматизации представительство преимущественно в сфере произвольной иннервации, а также образность, предметность - «гвоздь», «клубок», (телесные фантазии по Бурениной Н.И., 1997). Такая клиническая феноменология отражает меньшую спаянность с личностью соматоформных расстройств истерического генеза, их инструментальный характер, преимущественно социальную, а не витальную озабоченность личности.

Также в конце 19 века в психиатрической литературе окончательно оформляются соответствующие современности, представления относительно генеза ипохондрии. Высказываются предположения о возможном её психогенезе, вследствие психической травмы, чтения медицинской литературы (Gull W., 1868) - цит. по Боброву А.С. (1979). Выдвигаются положение о ценестезии или общей чувствительности и её расстройстве – сенестопатии (Dupre E., Camus P., 1907), которое становится базисным элементом теории ипохондрии. Авторы определяют сенестопатию как «...поражение внутренней или общей чувствительности, т.е. расстройство ощущений, непрерывно поступающих в мозг из всех точек тела, и которые, в нормальном состоянии не заставляют обращать на себя внимание ни одним особым признаком, ни своей интенсивностью...». Дифференцируют сенестопатии от болевых и иных ощущений три признака: 1.особый, частный характер ощущений больного; 2.отсутствие обосновывающего органического субстрата; 3.автономное течение, независимое от иных психопатологических нарушений (Пэунеску Подяну А., 1976). Связь сенестопатий и ипохондрии изначально трактовалась неоднозначно. Ещё E.Dupre (1925) отмечал, обязательное наличие сенестопатий у больных истинной ипохондрией и в то же время, возможность существования сенестопатий без ипохондрической фиксации.

В дальнейшем, концепция ипохондрии приобретает приоритетное положение при рассмотрении состояний с доминирующей соматоформной симптоматикой. Выделяется две её формы: сенсоипохондрия – с преобладанием расстройства ценестезии и идеоипохондрия, с определяющими клинику навязчивыми и сверхценными ипохондрическими образованиями (Leonhard K.,1959). При этом уже с начала нозологического периода, ипохондрия теряет статус отдельной болезни и большинством исследователей рассматривается как синдромальное, либо метасиндромальное образование, (определяющее содержание, а не структуру синдрома), которое может наблюдаться при депрессии, тревоге, шизофрении, иных расстройствах (Фильц О.В.,1993; Смулевич А.Б.,1996; Wollenberg R., 1904; Feldman H., 1972; Robbins J.M., et al., 1996; Gureje O., et al., 1997; Noyes R.J., et al., 1997). Данная оценка ипохондрии не претерпела существенных изменений до настоящего времени. В литературе, можно отметить лишь ограничение использования ёмкого клинического понятия - «сенестопатии» и все более широкое применение психопатологически недостаточно дифференцированного термина «патологические телесные сенсации» (Смулевич А.Б., с соавт., 1992). Собственно ипохондрическими признаются расстройства пограничного уровня с преобладанием когнитивных нарушений и витальной озабоченности.

В психопатологическом плане допускается, что ипохондрия может быть «первичной», а также «вторичной», реализующейся на фоне и в течение предшествующего расстройства, например депрессивного, тревожного или шизофрении (Pilowsky J., 1970). По мнению большинства авторов, ипохондрия имеет более тесные связи с тревожными расстройствами, по сравнению с депрессией (Kellner R., et al.,1992; Demopulos C., et al., 1996). В иных публикациях (Bach M.,et al., 1996), не обнаружено прямого параллелизма в выраженности ипохондрии и такого подтипа тревожных расстройств как панические атаки. Согласно исследованию A.Barsky (1992) ипохондрические картины в 85.7% сочетаются с тревогой и в 54.8% с депрессией. Клиника ипохондрии включает наличие физических симптомов, не связанных с органическим заболеванием, опасения или убеждение в наличии болезни, охваченность телесными ощущениями, поиск медицинской помощи и неудовлетворенность ею. Все эти признаки проявляются совместно, как кластер (Kenyon F.E.,1964; 1976). Особенностью ипохондрии является преимущественная заинтересованность пациентов в анализе диагностического значения симптоматики, чем озабоченность болезненными нарушениями, как таковыми (A.J.Barsky et al.,1983). Соматизация и ипохондрия при наличии перекрывающейся симптоматики различаются фокусом на расстройствах восприятия в первом случае и когнитивных

нарушениях во втором. Соматизация определяется как объективно не подтверждаемые соматические симптомы, а ипохондрия как необоснованные опасения заболевания (Robbins J.M., et al., 1991).

Клинические описания П.Брике, а также теоретические представления об истерической соматизации, определили выделение в Американской классификации DSM-111 (1980), соматизированного расстройства, вначале обозначаемого как синдром Брике или «полисимптоматическая истерия» (Guse C.V., 1975; Ford C.V., 1983; Cloninger C.R. et al., 1986; Lloyd G., 1986; Escobar J.I., et al., 1987). Всемирная организация здравоохранения стала использовать это клиническое понятие с начала 1993 года (Dilling H., et al., 1991, 1994; Rief W., 1995). В современной Американской классификации DSM-IV классические проявления истерической соматизации включены в кластер «конверсионное расстройство», собственно же соматизированное расстройство феноменологически в большей степени соотносится с «сенсоипохондрией» К.Леонгарда. Отличительными признаками соматизированного расстройства от конверсионного признается связь с депрессией, паническим расстройством, наличие суицидальных попыток в анамнезе и частое появление первых симптомов в возрасте до 21 года. (Tomasson K., et al., 1991). В МКБ-10 рубрика «конверсионное расстройство» отсутствует вообще, поэтому проявления истерической соматизации оказались искусственно разделены. Частично они включены в раздел «Диссоциативные расстройства» (псевдосоматические симптомы в пределах произвольной иннервации), частично - «Соматоформные расстройства» (алгии и «предметные» сенсации). Такое разделение способствует диагностической неопределенности, кроме того, по мнению Saxe G.N. с соавт. (1994), 64.0% больных с диссоциативным расстройством отвечают критериям диагностики соматизированного расстройства.

Теоретические и клинические аспекты соматоформных нарушений при меланхолии в наиболее завершенной форме нашли отражение в исследованиях посвященных «ларвированной», «маскированной» депрессии (Десятников В.Ф., 1975; Ануфриев А.К., 1978; Невзорова Т.А. с соавт., 1982; Fonseca A.F., 1963; Lopez Ibor J., 1972; Kielholz P., 1973). В отечественной литературе одним из теоретических обоснований процесса соматизации при аффективной патологии, становится концепция «койнестопатии» М.И.Аствацатурова (1939). Предполагается безусловная связь посредством системного анатомофизиологического единства сенсаций центрального генеза с эмоциями тревоги и страха. Вследствие этого аффективные расстройства определяют изменения в сенсорной и когнитивной сфере, а также нейрогуморальной регуляции (Ануфриев А.К., 1978). Кроме того, появление в клинической картине депрессивных состояний патологических сенсаций объясняется наличием общих патогенетических звеньев боли и депрессии (Knorring L. von., 1975).

В работах авторов психодинамического направления соматизация аффекта рассматривается как защитный механизм, препятствующий осознанию депрессии. На клиническом уровне это выражается формированием картины «депрессивных эквивалентов», «маскированных» форм депрессии, ипохондрии и психосоматических расстройств (Lesse S., 1974). Диагностической проблемой является разграничение между конверсивными симптомами тревоги и психосоматической манифестацией депрессии (Heimann H., 1973; May R., 1979). Соматоформные симптомы, связанные с депрессией включают такие проявления, как снижение аппетита и либидо, нарушения сна, патологические сенсации с суточным ритмом. При тревожных расстройствах, соматоформные симптомы, как правило, ограничены во времени рамками панической атаки, либо имеют связь с наличием фобогенного стимула (Rief W., 1995). В целом, тревога сопровождается переживанием вегетативной активации - учащение пульса, повышение температуры тела, гипергидроз, мышечное напряжение (Wattel S.W., 1966), хотя данные ощущения часто не соответствуют реальным физиологическим изменениям (McLeod D.R. et al., 1986). Следует, однако, отметить, что уже на ранних этапах активной разработки концепции маскированной депрессии высказываются предостережения в чрезмерной диагностике депрессии при состояниях с элементами сниженного настроения, но с доминированием в клинической картине, тревоги, невротических расстройств и соматических жалоб (Demel H., 1973; Pilowsky J., et al., 1977; 1982; Oxman T.R., et al., 1985). В некоторых работах отмечается, что соматизированные симптомы и витальные проявления аффекта могут быть связаны как с депрессией, так и с тревогой (Pichot P.; Hassan J., 1973; Claycomb

I.V., 1983; Katon W., 1984). При сравнении подтипов депрессии, наибольшая распространенность патологических сенсаций и их связь с мышечным напряжением и вегетативными расстройствами выявлена в группе больных с реактивно-невротической депрессией (Knorrning L. von, et al., 1983). Предполагается, что витальная тоска и витальная тревога могут встречаться и при невротических расстройствах и при депрессиях, в обоих случаях они являются выражением общего “тимопатического” базиса¹ (Lopes Ibor J.J., 1973). Подчеркивается, что переживание, как депрессии, так и тревоги включает в себя чувство физического нездоровья (ипохондрию) (Lopes Ibor J.J., 1973; Schmidt N.V., 1996).

¹ Дифференциация депрессивного и тревожного аффекта наиболее подробно разработана в психоаналитической литературе. Они отличаются по содержательной стороне, различиям в путях развития и психофизиологических паттернах. Депрессия рассматривается как реакция на неприятные реальные или представляемые события, которые имеют место, или субъект уверен, что они свершатся. Тревога предполагает переживание предвосхищения возможных неприятных событий. Центральным компонентом содержательной стороны депрессии являются чувства беспомощности и безнадежности (Schmale A.H., 1972), а тревога субъективно переживается как «дезинтеграция личности», как угроза нарушения целостности психики в мышлении, эмоциональной и моторной сферах (May R., 1979).

Представление о различных механизмах, лежащих в основе соматизированных симптомов при истерии, ипохондрии и меланхолии, сохраняет свое значение и в современной систематике МКБ-10. Совместное представительство в одной рубрике соматизированного и ипохондрического расстройств, разделенных в течение многих веков, в предшествующих классификациях, несмотря на «атеоретичность» МКБ-10, имеет свои корни в психодинамической теории. Её основоположниками, истерия и ипохондрия сближаются, как состояния, включающие общий тревожный базис, но различающиеся патогенетическими механизмами. Меланхолия рассматривается вне круга невротических расстройств. Из того же теоретического направления в клинический обиход прочно входит понятие соматизации психопатологических нарушений. Согласно современной точке зрения, соматизация это "...патологический процесс, выражающийся вовлечением вегетативно-соматических, в том числе вегетативных, нейроэндокринных, иммунных, обменно-трофических дисфункций в общую клиническую картину того или иного психического заболевания" (Краснов В.Н., 1998). Соматизация представляет собой выражение эмоционального дискомфорта и психологического стресса языком физических, телесных симптомов (Barsky A.J. et al., 1983; Graig T.K., et al., 1994). Для объяснения соматизации привлекаются разнообразные теоретические подходы. Такие больные определяются как “склонные к боли” (Engel G.L., 1959), “лица с абнормальным поведением больного” (Pilowsky I., 1969), “с преувеличенной телесной чувствительностью” (Barsky A.J., 1979). Согласно А.Ю. Березанцеву (2001), механизмы формирования соматоформных симптомов, находят объяснение в рамках 3 основных направлений их современной клинико-психологической концептуализации. Первое - «прорыв» интероцептивной сигнализации в сознание, вследствие аффективной окрашенности и значимости для личности, что определяет преувеличенное восприятие обычных соматических перцепций – «гиперцепцию» с соответствующей интерпретацией, которое согласуется с идеоипохондрией К.Леонгарда (1959). Второе - проекция аффективно-окрашенных представлений в сферу «соматопсихики» у личностей с развитым воображением, которое обуславливает «вычурность» и «предметность» сенсаций - «дисцепция», имеющее генетическую связь с истерической конверсией и согласующееся с сенсоипохондрией К.Леонгарда. Третье – первичное (пусковое) значение аффективных расстройств, главным образом тревожно-депрессивных.

В клинических исследованиях также подчеркивается наличие 3х форм соматизации, ассоциирующихся с различными социодемографическими и поведенческими характеристиками больных - собственно соматизация (генетически связанная с учением о истерии), ипохондрия и соматическая презентация депрессии и тревоги (Kirmayer L.J., et al., 1991). По отношению к иным психопатологическим расстройствам соматизация позиционируется как “первичное” расстройство, “ассоциированное” - с шизофренией, аффективным или тревожным расстройством и “маскирующее” - маскированная депрессия (Escobar J.I. et al., 1987). По мнению В.Н. Краснова (1998) отражением внутренних условий формирования соматоформ-

ных нарушений могут служить иерархические и динамические взаимосвязи таких структурных элементов, как 1) сенсорный или койнестопатический; 2) вегетативный; 3) аффективный и 4) идеаторный. Очевидно, однако, что в каждом конкретном случае различные механизмы определяющие формирование соматоформных симптомов могут сочетаться или последовательно присоединяться друг к другу, формируя сложный патогенез и затрудняя диагностику. Данный тезис подтверждается высокой частотой сочетания соматоформных симптомов и нарушений аффективного ряда - тревоги, депрессии, дистимии.

Изучение общей популяции показало, что у 77.9% лиц с наличием соматоформных симптомов выявляется дополнительная симптоматика. Из них в 65% случаев, соответствующая большой депрессии, в 15% - дистимии, и в 38% - шизофрении (Swartz M., et al., 1986). В целом, у больных с персистирующей соматоформной симптоматикой, синдромально завершённые тревожные расстройства встречаются от 43% до 54%, депрессия от 30% до 86%, психотические симптомы до 20% случаев (Smith G.R., 1992; Fink P., 1995; Rief W., et al., 1995). Диагностическим критериям СФР соответствуют лишь 33% от всех наблюдений, а при независимой оценке диагностика СФР вызывает наибольшие расхождения (Skre I., et al., 1991; Reif W., et al., 1992). Диагностика соматизированного и ипохондрического расстройств, согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV, является достаточно редкой (Reif W., 1995). Более часто наблюдаются клинические варианты с «сокращённым» количеством симптомов - «мультисоматоформные синдромы» (Reif W., 1995), преобладает диагностика недифференцированного соматоформного расстройства, часто ассоциирующегося с депрессией и тревогой (Reif W., et al., 1996; Faravelli C., 1997).

Недостаточная определенность соответствующих диагностических категорий МКБ-10, предполагает наличие широкого спектра состояний включающих смешанную соматоформную, депрессивную и тревожную симптоматику. Подтверждением этого является дискуссия в литературе относительно валидности и границ соматоформных расстройств (Kuch K., et al., 1991; Barsky A.J., 1992; Barsky A.J., et al., 1992; Noyes R., et al., 1993). Проблемы диагностики психической патологии, когда выделение единичного диагноза затруднительно или невозможно, выдвинули на повестку дня неальтернативную оценку коморбидных расстройств (Feinstein A.R., 1970; Boyb J.H., et al., 1984; Spizer C., et al., 1985; Wittchen H.U., et al., 1988). Коморбидность предполагает сосуществование «любых клинических сущностей, которые могут выявляться или выявлялись в анамнезе болезни пациента». Известно, что более 20% случаев психической патологии не отвечает критериям одного единственного заболевания (Cloninger C.R., et al., 1986). Как коморбидные, наиболее часто, регистрируются проявления тревоги, депрессии и соматоформных расстройств (Swartz M., et al., 1986; Maser J.D., et al., 1993; Hilltr W., et al., 1995; Reif W., 1995; Lobo A., et al., 1996; Rogers M.P., et al., 1996; Gureje O., et al., 1997; Maier W., et al., 1999).

Проведенное нами клинко-психопатологическое и статистическое, с использованием факторного анализа, изучение структуры коморбидных комплексов включающих соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства (КСДТР), позволило выделить 7 факторов, связанных с формированием различных кластеров симптомов (Собенников В.С., 2001). Как правило, кластер включал как «фенопсихические», так и «феносоматические» симптомы, что соответствует гипотезе о внутренней связи симптомов ауто- и соматопсихического уровней организации психической деятельности в рамках одного психопатологического ряда по А.Б. Смулевичу с соавт. (1992).

Первый фактор - «депрессивной соматизации» (ДС), определял симптомы аффективного регистра, которые обозначаются, как облигатные, собственно аффективные или «витальные», которым соответствовали соматизированные расстройства с наличием суточного ритма, типичной феноменологией (тяжесть в теле и за грудиной, парестезии в ногах). Второй - «тревожно-невротической соматизации» (ТНС), был связан с кластером невротических (диссоциативных, фобических), в том числе соматизированных тревожных симптомов. Типичными проявлениями последних была их «кондициональность», «гомономный» характер, ограниченность во времени действием фобогенной ситуации, панической атаки. Аффективное звено данного кластера составляли тревожнодепрессивные состояния и «соматическая» тревога. Третий фактор - «идеопохондрии» (ИИ) имел отношение к кластеру симптомов, соот-

ветствующих идеаторному аспекту ипохондрии. Четвертый фактор - “депрессивно-параноической соматизации” (ДПС), соотносился с полиморфным кластером симптомов, включающим эпизоды острого чувственного фабулирования и сверхценные идеи с фабулой ревности и физического ущерба со стороны соперницы, «порчи», «сглаза». Соматоформные симптомы хронологически и тематически были связаны с ними, но имели «гетерономые» особенности. Пятый фактор – “деперсонализации” (Д) определял кластер таких симптомов как острая и хроническая ауто- и соматопсихическая деперсонализация, дереализация, признаки тревожной эндогенной депрессии, нигилистическое фабулирование и элементы «моральной» ипохондрии. Шестой - “тревожно-невротической ипохондрии” (ТНИ) был связан с агорафобией, тревожно-ипохондрической фиксацией, компульсивными элементами, патологические сенсации, включенные в данный кластер были относительно простыми, их отличал диффузный характер, либо локализация в брюшной полости. Седьмой фактор, “сенсорной ипохондрии” (СИ) - с алекситимией, сенестопатиями с вычурными сенсорными особенностями, наличием интерпретативных элементов их генеза и топики, симптомы вегетативной дисфункции с колебаниями АД и температуры тела.

Выделенные кластеры выражают статистическую тенденцию симптомов к совместному проявлению, которая указывает на взаимодействие их патогенетических механизмов и выявляют интрасиндромальный уровень коморбидности. Целостная клиническая структура манифестных проявлений КСДТР, определяется интеграцией нескольких кластеров. Статистическая верификация данной интеграции может осуществляться путем изучения корреляции между факторами. Позитивные корреляционные связи между факторами предполагают тенденцию их совместной динамики в рамках сложного синдрома, что предполагает интрасиндромальный уровень коморбидности. Такая связь была обозначена как синергическая синдромальная коморбидность. Отрицательная корреляция, напротив, свидетельствует о разной направленности, оппозиционности кластеров симптомов, когда нарастание выраженности симптоматики одного из них сопровождается редукцией симптоматики другого - реципрокная синдромальная коморбидность. В динамике происходит “расслоение” синдрома с предпочтительно последовательным проявлением расстройств, что соответствует “хронологической” (lifetime) коморбидности.

Дифференциация КСДТР на основе статистической группировки кластеров симптомов и их психопатологического содержания определила следующую систематику клинических вариантов КСДТР: 1. Депрессивный; 2. Тревожно-параноический; 3. Тревожно-соматоформный; 4. Тревожно-депрессивно-коэстетический.

Депрессивный вариант характеризуется доминированием симптоматики обусловленной факторами ДС, ИИ и ТНИ. Аффективное звено составляет депрессия с витальными чертами и проявлениями депрессивной соматизации. Тревога в структуре аффективных переживаний представлена преимущественно “когнитивным” подтипом с фобическими переживаниями (кластер ТНИ). Соматоформную симптоматику, в рамках данного клинического варианта, характеризует связь с диффузным чувством упадка жизненных сил – девитализацией (Alzen V., 1961). Течение заболевания отличают фазные изменения, как аффективного статуса, так и соматоформной симптоматики, с различным, однако, периодом. Соматоформные расстройства ассоциируются с многолетней дистимией, на них наслаиваются более короткие аффективные фазы с актуализацией явлений депрессивной соматизации. Взаимодействие таких фазных изменений определяет, с одной стороны, картину персистирующей соматоформной симптоматики, с другой - периоды обострения с «двойной» депрессией (Keller M.V et al., 1983) и расширением соматоформных расстройств. В динамике все больший удельный вес в клинической картине может занимать кластер идеоипохондрии.

Полученная статистическая модель депрессивного варианта КСДТР предполагает выделение двух психопатологических механизмов, участвующих в формировании соматоформных симптомов - аффективного, определяющего депрессивную соматизацию и реактивно-личностного, определяющего “когнитивную” тревогу, соматоформные симптомы и когнитивные и поведенческие проявления ипохондрии. Это подтверждается двумя рядами соматоформных нарушений, обнаруживаемых у больных в течение заболевания. Одни из них соответствуют известным соматическим проявлениям витальной депрессии (сжатие, давле-

ние, тяжесть), чаще в голове, груди и полностью соответствуют ему по выраженности и динамике (кластер ДС). Вторые отличаются связью с симптомами тревожного ряда, топической проекцией (в брюшной полости), мигрирующим и диффузным характером, (неприятное жжение, холод, давление, “внутреннее дрожание” и т.п.) – кластер ТНИ. В динамике они приобретают автономный курс, нередко модулируемый ситуационными влияниями, иногда локальный характер, отражающий предшествующие ятрогенные воздействия. Затяжному течению заболевания способствует, очевидно, отмеченная В.В.Красновым (1987), “морбидная” социально-психологическая перестройка личностных установок больных с аффективным заболеванием с формированием ригидно-пессимистической направленности на соматическую сферу (кластер ИИ).

Основным механизмом формирования симптоматики депрессивного варианта КСДТР, является голотимный аффективный механизм (Смулевич А.Б., с соавт., 1997; Bleuler E., 1920). Очевидно, однако, что данные расстройства нельзя целиком отнести к группе циркулярных депрессий, в том числе к “маскированному” её варианту. В отличие от циркулярной депрессии, обнаруживается иная динамика расстройств, соответствующая формированию “синдрома несостоятельности” (Petrilowitch N., 1970). Для изученных состояний характерными были фазные изменения аффективного статуса на этапе манифеста, но с последующей редукцией “витальных” депрессивных черт, преобладанием хронической дистимии на фоне которой проявлялось заострение ситуационного реагирования, персистирующая соматоформная симптоматика, углубление ипохондрических тенденций личности, что позволяет говорить о коморбидности рекуррентной депрессии и соматоформных расстройств. Традиционная нозологическая оценка предполагает диагностику хронифицированного варианта депрессии с «морбидным» развитием личности.

Тревожно-параноический вариант определяется преобладанием симптоматики обусловленной факторами ТНС, ДПС и ТНИ. Аффективные расстройства обнаруживают тенденцию к биполярности с преобладанием тревожной депрессии без выраженных “витальных” черт и, возможными, атипичными гипоманиакальными эпизодами, либо элементами смешанного состояния. Тревога на манифестном этапе, транзиторно, может проявляться в рамках квази-психотического состояния, а также в структуре сверхценных образований с фабулой магического преследования (“параноическая” тревога, кластер ДПС). Соматоформные симптомы «гетерономны» и представлены сенестопатиями с преимущественно эмоционально-неприятными характеристиками, без четких сенсоральных особенностей, иногда сопровождающиеся острыми интерпретациями колдовского, магического воздействия, что приближает их к сенестопатическому автоматизму.

Соматоформные расстройства не обнаруживают тесной связи с общим аффектом (голотимный механизм), напротив, в динамике они сохраняются и на фоне инверсии аффекта (гипоманиакальные выражи). Выраженность и содержательная сторона соматоформных симптомов кластера ДПС соотносится, прежде всего, с аффектом, связанным с идеей внешней угрозы (кататимный аффективный механизм). Данный механизм определяет проявления патологических сенсаций, имеющих тесную связь с идеями магического воздействия (кластер ДПС), в том числе феноменологически близких сенестопатическому автоматизму. Это подтверждает их динамика, характеризующаяся относительной независимостью от циркулярного аффекта (проявляются и на фоне инверсии аффекта), но связью с параноической тревогой в структуре квази-психотического состояния. В структуре синдромально завершеного состояния, соматоформные симптомы ассоциированы либо с параноическим фабулированием и связанной с ним «психотической» тревогой (кластер ДПС), либо обнаруживают связь с особенностями преморбидного личностного реагирования, являются выражением конституциональной соматопатии (симптомы истероконверсивной и тревожно-фобической соматизации - кластер ТНС). Последнее подтверждается частотой вегетативных нарушений в детстве больных, склонностью к астеноневротическим реакциям в зрелом возрасте. На этапе развернутого КСДТР, их глубина и выраженность зависит от тревожной охваченности личности “первичными” сверхценными расстройствами, они нивелируются на фоне экспансивного фабулирования и обостряются при актуализации персекуторного. “Дистанцированность” личности и данных образований проявляется в элементах “толерантности к симптомам”

(Якубик А., 1982), озабоченности больных, в основном, ситуацией, что является дополнительным аргументом “вторичности” симптомов кластера ТНС в структуре тревожно-параноического клинического варианта КСДТР. Динамика этих соматоформных симптомов с наличием “кондициональности”, приближается к динамике вторичных невротических образований в структуре процессуального расстройства выделенных ранее Ю.И.Полищуком (1989).

Сверхценные образования, оставаясь постоянной характеристикой статуса больных, не имеют тенденции к развитию, проявляясь лишь узким спектром переживаний, в рамках обычной парадигмы. Они существенно не меняют отношения больных с социальной средой. Актуализации переживаний и некоторой сверхценной активности способствовали кратковременные гипоманиакальные изменения аффекта. Даже при длительном течении не отмечалось нарастания ипохондрических тенденций личности (отсутствие кластера ИИ в клинической картине). В динамике аффективные колебания сглаживаются, все больший удельный вес занимают соматоформные симптомы кластера ТНС.

Следовательно, в формировании коморбидного состояния при тревожно-параноическом клиническом варианте, можно выделить участие кататимных аффективных и невротических механизмов. Нозологическая оценка таких состояний, предполагает выделение шизотипического и коморбидного соматоформного расстройства, либо, согласно традиционной оценки – редуцированный вариант приступообразной шизоаффективной шизофрении.

Тревожно-соматоформный клинический вариант включает случаи КСДТР с доминированием на манифестном этапе комплекса кластеров ТНС-ИИ-ТНИ. Аффективные расстройства представлены дистимией, а также тревогой (“соматической” и “когнитивной”), с которыми в коморбидной связи выступают явления соматоформной вегетативной дисфункции (кластер ТНС), а также диффузные, мигрирующие патологические сенсации (кластер ТНИ). В зависимости от типа течения выделяются два подварианта: 1.с медленным развитием и волнообразным, ситуативно-модулируемым течением и 2.острым началом и аутохтонным волнообразным течением.

При медленном развитии, манифест заболевания обычно сопряжен с дополнительными психотравмирующими воздействиями, значимыми для личности пациентов. Среди соматоформной симптоматики преобладают относительно простые «гомономные» сенсации. В соответствие с содержанием кластера ТНС клиническая картина включает симптоматику тревожнофобической соматизации, в том числе в рамках пароксизмальноподобных тревожных расстройств (панических атак), истероконверсивные симптомы. Панические атаки являются частым (53.6%) элементом клинической картины манифеста. Их отличает острота, преобладание «соматической» тревоги и элементов острой соматопсихической деперсонализации. Ипохондрия, как правило, исчерпывается ипохондрической фиксацией с чувством физического нездоровья, реже доминирует фобическая ипохондрия.

Возможно и аутохтонное, более острое развитие заболевания. На этапе манифеста в клинике, представлена полиморфная соматоформная симптоматика (соматизированные симптомы тревожно-фобического и истероконверсивного типа. Преобладает диффузное нарушение общего чувства тела с переживанием крайне тягостного “внутреннего беспокойства”, “неусидчивости”. Этому сопутствуют явления сенестезии, часто интракраниальные сенестопатии с психосенсорными чертами - “тяжесть в голове”. Феноменологические особенности таких расстройств соответствуют соматическим коррелятам тревоги, без, однако, соответствующего аффективного переживания, что позволяет предполагать её наличие на “витальном” уровне. Дополнительным аргументом в пользу такого предположения является терапевтическая эффективность транквилизаторов (сибазон, феназепем) и «малых» нейролептиков. В динамике, в клинической картине, все больший удельный вес начинают занимать диффузные сенестопатии и явления “ригидной ипохондрии” по А.Б. Смулевичу с соавт. (1979).

Развитие коморбидного состояния в случае тревожно-соматоформного клинического варианта также базируется на изменениях аффективной сферы, но неглубокого уровня. Об этом свидетельствует клиническая картина с доминированием смешанных тревожнодепрессивных состояний и дистимии. Патологические сенсации в данном случае либо напрямую

связаны с тревогой (диффузная соматическая тревога), либо отражают личностно-реактивные механизмы (тревожно-фобическая и истероконверсивная соматизация), что проявляется кластером симптомов тревожно-невротической соматизации (ТНС). На этой основе формируются коморбидные комплексы ТНИ и ИИ, выраженность которых зависит от преобладания черт тревожности, либо ригидности в структуре личности. Проявления кластеров ТНИ, с более сложными соматоформными симптомами (мигрирующие и диффузные патологические сенсации) и ИИ, также как и при депрессивном варианте, необходимо рассматривать в аспекте преломления комплекса соматочувственных переживаний сквозь "призму" личностной рефлексии. Основным механизмом формирования хронического течения соматоформной симптоматики является, по-видимому, механизм невротиического развития личности, либо хронического течения субаффективных расстройств.

В клинико-патогенетическом плане тревожно-соматоформный клинический вариант, представляет сборную группу. Одна его подгруппа тяготеет к невротическому полюсу (коморбидное соматоформное и тревожно-депрессивное расстройство), другая - к эндогенно-аффективному полюсу (коморбидное соматоформное расстройство и дистимия) нервно-психических расстройств. Это подтверждают различия в наследственности, преморбидных особенностях личности, условиях развития больных при сравнении данных подгрупп. Среди пациентов "невротической" подгруппы все пациенты были женского пола, личностный преморбид был вариабельным, в семейном анамнезе преобладал алкоголизм, аномалии личности, чаще были представлены невротические расстройства в детстве и проявления реактивности на доманифестном этапе. Среди пациентов "эндогенно-аффективной" подгруппы, соотношение мужчин и женщин было примерно равным, в преморбиде чаще отмечены шизоидные черты, в семейном анамнезе преобладали феноменологически сходные с картиной пробанда состояния и эндогенноморфные психозы, а на доманифестном этапе чаще регистрировались кратковременные гипопсихотические расстройства.

Тревожно-депрессивно-коэстетический клинический вариант характеризуется преобладанием в клинической картине симптоматики обусловленной факторами СИ-Д-ТНИ. Аффективные расстройства в его структуре не выражены, гипотимный аффект обнаруживается в снижении побуждений, утрате интересов, наличии элементов депрессивной деперсонализации, спастических запоров, косвенным указанием на депрессию может быть и тревога при пробуждении (кластер Д). Данные особенности соответствуют представлению Ю.Л.Нуллера (1997) о защитном характере деперсонализации при доминировании тревоги в аффективном звене. Тревога представлена как "соматическим", так и "когнитивным" подтипом при преобладании второго (кластер ТНИ). Соматоформные расстройства включают как проявления соматоформной вегетативной дисфункции, так и феноменологически сложные сенестопатии и сенестоконестезию, входящие в кластер СИ. Последние не выводимы непосредственно из аффективных расстройств и представляют собой самостоятельный психопатологический феномен. Их своеобразие связано с участием когнитивной сферы и отражает невербализируемые представления больных о топике, генезе, характере мнимого заболевания. Но, несмотря на это, стойких опасений заболевания, либо убежденности в наличии болезни не формируются. Жалобы пациентов имеют преимущественно "констатирующий" характер (кластер Д). Психопатологическая симптоматика сосуществует и усложняется вегетосоматическими дисфункциями: вегетососудистой дистонией, колебаниями температуры тела, дискинезией ЖКТ, а также психосоматической патологией, в частности язвенной болезнью желудка и ДПК.

Особенности клинической картины данного варианта КСДТР, согласно данным многих авторов (Калинин В.В., 1995; Martin, J. V., et al., 1985; Zeitlin S.V., et al., 1993) можно связать с алекситимией. Наличие алекситимии негативно коррелирует со способностью различать ситуации по их стрессирующему влиянию (Martin, J. V., et al., 1985). В результате стресс переживается продолжительнее и чаще, это ведет к пролонгированной симпатической активации (Henry J.P., 1992). В наших наблюдениях это подтверждается распространенностью вегетосоматических дисфункций и психосоматических расстройств. При повышении порога восприятия экзогенных стимулов, парадоксальным образом повышается чувствительность к внутренним стимулам (вегетативные и соматоформные симптомы в структуре кластера СИ).

Полученные результаты позволяют предполагать, участие данного механизма в формировании клинической картины тревожно-депрессивно-козностетического клинического варианта КСДТР. Хронифицированная витальная тревога, представленная в аффективном звене, определяет развитие деперсонализации. Проявлению психопатологических нарушений преимущественно в сфере соматопсихики способствует алекситимия. На клиническом уровне это выражается синергической коморбидностью кластеров СИ и Д. При этом “почвой” для включения подобного механизма могут быть черты тревожности. Последнее подтверждается данными о распространенности среди больных психогенных воздействий в детстве, явлений детской нервности, преципитирующего влияния психосоциальных стрессовых факторов предшествующих манифестации заболевания.

В формировании сложного коморбидного состояния, в случае тревожно-депрессивно-козностетического клинического варианта КСДТР можно выделить значение преимущественно аффективного механизма, с явлениями «витальной» тревоги. Однако развитие аффективных расстройств в большей степени соотносится с несовершенством регуляции аффекта вследствие врожденной либо рано приобретенной реактивной лабильности, а также алекситимии. Именно это определяет формирование деперсонализации, как формы преодоления (coping) стресса.

Изучение тропности к терапии отдельных кластеров симптомов показало наибольшую эффективность мелипрамина в отношении кластера ДС и ТНС; амитриптилина – Д; альпрозалама, коаксила, феназепам - ТНИ; рисполепта – ИИ; трифтазина, флюанксолола, сероквеля – ДПС; тералена, семапа, эглонила - СИ.

Выделенные коморбидные комплексы отражают сложную психопатологическую структуру КСДТР, с обязательным наличием «тимопатического базиса», где феноменологически выделяются витальная депрессия, дистимия, тревожнодепрессивные состояния, а также параноическая (психотическая) тревога и, возможно, «витальная» тревога, а также соматоформной «надстройки», опосредованной аффективными и личностно-реактивными механизмами. Стабильность психопатологической структуры КСДТР, характерная динамика предполагает особый аффективно-невротический уровень организации данных расстройств, с необходимостью применения комбинированной терапии и, возможно, применения специфических критериев клинического и социально-трудового прогноза.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНЫХ АФФЕКТИВНЫХ И ДИССОЦИАТИВНО-КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ С НАЛИЧИЕМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ

Абзалеев В.А., Пшеничных И.В.

Эпилептологический центр ИОКПБ №1, кафедра психиатрии ИГМУ, Иркутск

Диссоциативно-конверсионные расстройства нередко возникают на фоне нарушений настроения, тревожных состояний или выстраиваются в ряд коморбидных психосоматических заболеваний. Указанные патопсихологические нарушения включают в себя сложный симптомокомплекс, в структуру которого зачастую вплетаются пароксизмальноподобные состояния. По сравнению с больными эпилепсией среди лиц псевдоэпилептическими приступами отмечается преобладание диссоциативной симптоматики, депрессивных, тревожных, обсессивных нарушений, а также проявлений враждебности на фоне менее выраженных неврологических расстройств (Prueter C, et al., 2002; Mogleby K., et al., 2002).

Диссоциативно-конверсионные расстройства с пароксизмальноподобными проявлениями, по феноменологическим характеристикам, представляют целый спектр состояний от близких к паническим атакам, до отчетливо демонстративных припадков. Системные исследований Вейна А.М. и сотрудников (1997) показали, что в отличии от истинной панической атаки при пароксизмальных диссоциативно-конверсионных расстройствах не выражены такие кардинальные симптомы, как пульсации, сердцебиение, озноб, чувство страха. Тем не менее, трудности дифференциальной диагностики представляют существенную клиническую проблему. В этой связи, в последнее время все большее внимание уделяется изучению церебральных механизмов их происхождения.

С целью уточнения роли церебральных механизмов в генезе диссоциативно-конверсионных расстройств нами проведено комплексное клиничко-психопатологическое, неврологическое и нейрофизиологическое исследование пациентов с наличием сочетанных аффективных и диссоциативно-конверсионных расстройств. Среди обследованных 48 больных, у 29 в структуре клинических проявлений присутствовали пароксизмальноподобные расстройства. Последние включали в себя разнообразные вегетосенсорные и психосенсорные симптомы: ощущение головокружения или предобморочного состояния, желудочно-кишечный дискомфорт, затруднение дыхания, приливы жара, холода, потемнение в глазах, чувство онемения или парестезии в конечностях. У 11 больных указанные ощущения могли сопровождаться потемнением в глазах, нарушением восприятия окружающего, оглушенностью. В 8 случаях наблюдались спазмы мышц лица, конечностей, жевательных мышц. В 9 наблюдениях отмечены нарушения уровня сознания разной степени, с отключением его в 3 случаях.

Анализ анамнестических сведений показал, что в 9 случаях развитию заболевания предшествовала черепно-мозговая травма по типу ушиба и сотрясения мозга, в 15 случаях – психотравмирующие события (семейные конфликты, разводы, болезни и смерти близких, родных, увольнение с работы). У 7 больных в раннем анамнезе имели место проявления патологии при рождении, в 8 случаях отмечены трудности обучения в школе, нарушения школьного поведения.

В процессе клинического обследования большое значение придавалось конституциональным особенностям пациентов, выраженности регионарных дисплазий Н.А. Корнетов (1996), являющихся отражением правильности психофизического становления человека. Антропометрические исследования установили у 17 человек атлетоидно-диспластический тип конституции, в 7 – астено-диспластический. Регионарные дисплазии проявлялись в изменениях строения и формы ушей (слабая выраженность мочки, недостаточная выраженность верхнего завитка, наличие на нем бугорка Мореля), зубов (изменение формы, роста, прикуса), гиперплазия верхней, реже нижней челюсти. Перечисленные малые аномалии были отмечены в 23 наблюдениях.

Неврологическое обследование обнаруживало рассеянные мелкоочаговые церебральные симптомы у 27 больных. В 32 наблюдениях определялись симптомы вегетативной дисфункции, проявлявшейся неустойчивостью артериального давления, лабильностью вазомоторов, пульса, мигренозными головными болями, повышенной метеотропностью, утомляемостью, хронической усталостью. Из них у 9 женщин вегетативные нарушения сопровождали климактерические и овариальные расстройства.

Клиничко-психопатологическое исследование выявляло у большинства больных расстройства в эмоционально-аффективной сфере, в виде дистимии, в структуре которой в половине случаев преобладали явления тревожности с фобическими симптомами. В другой части пациентов на первый план выступала раздражительность, ранимость, враждебность, наряду с апатией. У 7 человек этой группы регистрировалась выраженная эмоциональная лабильность с возникающими на высоте аффекта приступообразными состояниями со слабостью, потемнением в глазах, страхом упасть, потерять сознание, ощущением онемения в конечностях, потери силы и движений в них.

В процессе повторных ЭЭГ исследований, проведенных по общепринятой схеме с использованием усредненных отведений и компьютерного анализа, основное внимание уделялось характеру организации биоэлектрической активности, наличию пароксизмальных паттернов. Последние включали в себя не только и не столько пароксизмы специфического эпилептического круга, но в основном так называемые неспецифические пароксизмальные и пароксизмальноподобные компоненты активности. К ним относились эпизоды экзальтаций волн острого или спайк-типа, тета-волн, или гиперсинхронизации волн с характерной двухсторонней или односторонней латерализацией. Подобные паттерны регистрировались у половины больных, при этом в 17 случаях были отмечены локальные акценты остроконечных волн тета-типа, которые у 12 больных регистрировались в отведениях с правого полушария (чаще медиовисочные отделы), и лишь у 5 пациентов – с левого.

Характер организации мозговых ритмов можно было уложить в два типа. Один из них – десинхронизированный, характеризующийся пониженной или низкой амплитудой волн, нерегулярностью их, сглаженностью зональных различий. В записях подобного типа пароксизмальные элементы встречались редко, были выражены слабо в виде единичных волн острого типа. Другим наиболее характерным типом ЭЭГ был синхронизированный, отличающийся более высокой амплитудой потенциалов, среди которых преобладали альфа-ритмы 8-10 гц, распространяющиеся на оба полушария в виде характерных модуляций либо периодов возбуждения. Пароксизмальные тенденции потенциалов в записях подобного типа были наиболее выраженными, включали широкий спектр волн альфа-, тета-, часто заостренной или остроконечной формы, превышающими амплитуду основного фона. Было установлено также, что пароксизмальные тенденции потенциалов становились более отчетливыми при применении гипервентиляции в особенности в электроэнцефалограммах синхронизированного типа. Пароксизмальные паттерны специфического эпилептического типа были зарегистрированы лишь в 2-х случаях. В одном случае в структуре конверсионного синдрома наблюдались атаки с вегето-сенсорными и психосенсорными компонентами с обморокоподобными состояниями. В другом наблюдении развитию болезни предшествовала черепно-мозговая травма. В этих случаях, которые находятся под динамическим наблюдением проводится терапия с использованием противопароксизмальных средств (клоназепам), дающих положительный эффект.

Результаты проведенных клинико-физиологических исследований могут быть рассмотрены в нескольких аспектах. С одной стороны, можно говорить о значении ряда факторов как эндогенного, так и экзогенного характера в происхождении пароксизмальных или пароксизмальноподобных состояний в структуре диссоциативно-конверсионных расстройств. С другой стороны, на основании полученных данных возникают определенные ассоциации формирующихся диссоциативно-конверсионных расстройств с церебральными механизмами.

Исследование показало, что возникновению описываемых психовегетативных нарушений у больных предшествовали такие экзогенные факторы, как черепно-мозговая травма, ранние проявления перинатальных воздействий, а также болезни гениталий (у женщин) и сопутствующие им вегето-гормональные расстройства. Наряду с этим, отмечены некоторые конституциональные особенности и диспластические проявления, имевшие место почти у третьей части больных, указывающие на возможную роль эндогенных факторов в развитии нейрпатологических симптомов. Но фоне указанных факторов происходят своеобразные изменения нейродинамики с повышенной чувствительностью и реактивностью нейрорегуляторных, психовегетативных отделов мозга, проявляющихся на ЭЭГ формированием реакций ирритативного и пароксизмального типа на фоне ослабления активирующих ретикулярных систем мозгового ствола.

Клиническими проявлениями указанных перестроек церебральных механизмов становятся полисистемные психовегетативные расстройства, приобретающие пароксизмальноподобное течение. Формирование пароксизмальных реакций обусловлено, очевидно, пороговыми церебральными механизмами, детектирующими значимые нарушения в деятельности нейрорегуляторных структур. При этом решающий вклад в развитие пароксизмальных состояний вносят те структуры мозга, которые обладают наиболее низкими порогами чувствительности и реактивности. Ими, как известно, являются образования лимбической области, наиболее ранимые по отношению к патогенным влияниям экзогенных и эндогенных факторов. Характер пароксизмальных расстройств обуславливается типом иррадиации, распространения возбуждения, охватывающего разные образования мозга. Психологические факторы в этих условиях приобретают роль «разжигающих» механизмов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ ZIGMUND A.S. И SNAITH R.P.

Андриевская Т.Г., Антонов В.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Среди больных с верифицированными соматическими заболеваниями тревожно-депрессивный синдром является дополнительной болезнью ухудшающей качество жизни пациентов, требующей дополнительного лечения.

Цель исследования. Определение частоты соматически обусловленной депрессии и тревоги у больных с хроническими заболеваниями внутренних органов с помощью специальной госпитальной шкалы Zigmund A.S. и Snaith R.P..

Материалы и методы. Обследовано 101 больных в возрасте от 16 до 65 лет, мужчин 47,6%, женщин 52,4%. Преобладали пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ)-38: с гипертонической болезнью (ГБ)-21 (20,4%), ишемической болезнью сердца (ИБС)-13 (12,62%), ревматическими пороками сердца –2 (1,94%). С заболеваниями пищеварительной системы- 37, из них 17 (16,5%) с язвенной болезнью (ЯБ), по 9,71% с синдромом раздражимого кишечника (СРК), с заболеваниями гепатобилиарного тракта. 14 с заболеваниями органов дыхания -бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), с заболеваниями почек – хронический пиелонефрит (ХП)-12.

Для оценки состояния тревоги и депрессии использована скрининговая госпитальная шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression scale), разработанная Zigmund A.S. и Snaith R.P. специально для соматических больных. Оценка -в балах с выделением «субклинической» и «клинической» тревоги /депрессии.

Результаты. Тревожно-депрессивный синдром выявлен почти у каждого второго больного (48,58%). При этом коморбидность с тревогой и депрессией определена у 21 из 37 (56,7%) больных с ССЗ, «субклинической» у 11 (29,73%), «клинической» у 10 (26,97%). Частота тревожно-депрессивного синдрома при ГБ составила 61,9%, при ИБС 46,1%, при ревматизме 50%, причем при ГБ чаще выявлялась «субклиническая» форма 66,6%, при ИБС и ревматизме «клинически значимая» (92,5%). При заболеваниях пищеварительной системы тревожно-депрессивные состояния выявлены у 13 из 37 (35,1%) пациентов, «субклиническая» форма у 6 (16,2%), «клиническая» у 7 (18,9%), причем с одинаковой частотой при ЯБ-41,6%, СРК-40,4%, патологии гепатобилиарной системы-40%. Однако «клиническая» форма чаще выявлялась при ЯБ (80%) и СРК (75%), в то время как при заболеваниях гепатобилиарной зоны -«субклиническая» форма (100%). Группа больных с заболеваниями органов дыхания была «лидером» по распространенности тревожно-депрессивного синдрома –у 10 из 14 пациентов (71,8%), в 42,85% «субклинического», 28,57% «клинического», при ХОБЛ «субклиническая» и «клиническая» форма тревоги и депрессии имелись в равных пропорциях и выявлялись в 100% случаев, при БА это соотношение -75% и 25%, а тревожно-депрессивный синдром выявлен у 50% пациентов. У больных ХП психосоматические нарушения «субклинической» формы выявлены в 33,3%.

Заключение. Соматогенный тревожно-депрессивный синдром является распространенным состоянием при заболеваниях внутренних органов, влияющим на течение основной болезни, требующим наряду с основным лечением проведения антидепрессивной терапии.

ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ «ТРУДНЫХ» ПАЦИЕНТОВ КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.

Баранская Л.Т.

Уральский государственный университет им. А.М.Горького, Екатеринбург

Эстетическая хирургия является для России сравнительно новой, но активно развивающейся областью платных медицинских услуг. Многократные эстетические операции, которые перестали быть редкостью, превращаются в доходную индустрию, сравнимую с другими современными технологиями удовлетворения потребностей. Спрос на услуги эстетической

хирургии стремительно растет и будет возрастать по мере того, как стареет население и уже более молодые пациенты начинают пользоваться услугами хирургов. Легкость, с которой можно улучшить свою внешность, широкое признание такого подхода привели к тому, что считается, если что-то можно изменить, то это надо изменить. Взгляд на жизнь как на вечный путь нравственного самосовершенствования уходит в прошлое, оттесняемый усиливающимся стремлением к видимости успеха, красоты, здоровья. Очевидно, что широкое распространение эстетической хирургии, появление новых технологий оперативного вмешательства ставят серьезные этические проблемы.

В отечественных и зарубежных публикациях, посвященных данной проблеме, общепризнанной является позиция, согласно которой эстетическую хирургию называют хирургической терапией или «терапией, исполняемой скальпелем». Распространено утверждение о том, что эстетическая хирургия может привести к восстановлению состояния психодинамического равновесия пациента, которое нарушено внешними стрессами: нестабильностью жизненной ситуации, осознанием старения, проблемами на работе, разводом.

Однако за этими весьма здравыми и логически выдержанными рассуждениями легко усматривается один недостаток. В большинстве работ практически отсутствует экспериментальное подтверждение теоретических посылок и выводов.

Результаты обследования пациентов клиники пластической и восстановительной хирургии НПРЦ «Бонум» (87 протоколов) с использованием структурного интервью (по О. Кернбергу), а также проективных методов: тематического апперцептивного теста (ТАТ) Г. Мюррея и чернильных пятен Г.Роршаха позволяют утверждать следующее. Несомненно, что определенная часть пациентов, прибегающих к эстетической хирургии, объективно нуждается в оперативном вмешательстве в связи с явными дефектами внешности (например, выраженными процессами старения у представителей публичных профессий). Только хирург способен изменить овал лица, убрать избыток жира, подтянуть живот и мышцы живота. Для таких пациентов эстетическая операция является обычной задачей поддержания имиджа и не становится специальным предметом психологической «загрузки». Более того, благодаря хирургии они могут больше «не заикливаться» на своем внешнем виде, а продуктивно действовать в свойственной им социально-профессиональной области.

Вместе с тем, можно выделить три группы пациентов клиники эстетической хирургии, которым психологическая, психотерапевтическая помощь необходима также как, например, в случаях психосоматических или соматоформных расстройств. Речь идет об основных структурных организациях, соответствующих организациям личности невротика, пограничного пациента и психотика (О. Кернберг), что подтверждено результатами проективных методов. В каждом случае структурная организация является той почвой, на которой строится последующий психологический сценарий. Либо личностные защитные и адаптивные способности позволяют человеку находиться в «нормальном состоянии», каковы бы не были его глубинные проблемы, либо ведут к декомпенсации адаптации и депрессии.

Для невротических пациентов смысл эстетической операции состоит в избавлении от изъяна, который, по их мнению, существенно затрудняет процесс межличностного общения, создает проблемы в повседневной жизни, препятствует максимальной реализации сексуальной привлекательности.

Пациенты с психотической личностной организацией усматривают смысл в эстетической операции как в способе избавления от безнадежности, ухода, смерти. Именно поэтому обращение в клинику означает для них постижение тайны вечной молодости, возможность бесконечного продления жизни.

Основная сложность для хирургов в работе с этими категориями пациентов состоит в нелегком согласовании предъявляемых запросов с реальными объективными и субъективными возможностями эстетической хирургии. Однако такие пациенты адекватно воспринимаются врачами и рассматриваются ими, в первую очередь, с позиции традиционного технологического подхода. Поэтому, при наличии едва заметного или просто отсутствующего дефекта им отказывают в проведении операции.

Особые проблемы создают пациенты с пограничной личностной организацией. По нашим данным каждый седьмой пациент клиники эстетической хирургии является «проблем-

ным». Их обращение в клинику обуславливает развертывание двух взаимосвязанных моментов. Во-первых, хирургическое изменение внешности – «телесное происшествие» выступает началом декомпенсации длительно удерживаемого состояния адаптации пограничной личности. В данном случае эстетическая хирургия пробуждает глубинные внутренние переживания, предепрессивную нарциссическую ситуацию, искусно оформленную и старательно избегаемую до этого момента. Во-вторых, данное патологическое состояние пациентов выступает в качестве защитной организации с очень мощными детерминантами, и по этой причине, даже исключительно оснащенные врачи терпят неудачу в своих попытках лечения пациентов с пограничной личностной организацией, «захваченные» действием феномена эмоционального резонанса (П.В. Симонов). Иными словами, в работе с такими пациентами эстетические хирурги наиболее подвержены профессиональному выгоранию.

Таким образом, психологическая диагностика личностной организации пациентов эстетической хирургии, их запросов и мотивации является необходимой составляющей современной клинической практики.

РЕКСЕТИН В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Бобров А.С., Петрунько О.В., Ковалева А.В., Павлова О.Н.

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

Настоящее сообщение посвящено предварительным итогам оценки эффективности рексетина в терапии депрессивного расстройства. Исследование проводится на базе пограничных отделений и дневного стационара ИОКПБ №1. Рексетин – препарат фирмы Gedeon Richter, действующее начало препарата – пароксетин гидрохлорид гемигидрат. Отличается сбалансированным эффектом, как по проявлениям седативного и стимулирующего действия (Морковкина И.В., 2004), так и в плане редукации тревоги, заторможенности при выраженном тимоаналептическом эффекте (Мосолов С.Н., Смулевич А.Б., Нуллер Ю.Л. с соавт., 2004). Механизм действия пароксетина сводится к избирательному блокированию обратного захвата серотонина пресинаптической мембраной, повышению свободного содержания серотонина в синаптической щели и в результате усилению серотонинергического действия в ЦНС, ответственного за тимоаналептический эффект. Незначительное влияние на мускариновые α - и β -адренорецепторы определяет крайнюю слабость выраженности холинолитических, кардиоваскулярных и седативных побочных эффектов. Фармакокинетические особенности пароксетина характеризуются: длительность периода полувыведения от 16 до 21 часа, что определяет возможность назначения препарата 1 раз в сутки; совместный почечно-печеночный путь выделения определяет отсутствие необходимости коррекции дозы у пациентов с заболеваниями печени или почек; прием пищи не влияет на всасывание препарата.

В исследование включены 13 пациентов (женщины), из них с униполярной депрессией – 53,8%, единичным депрессивным эпизодом – 46,2%. Диагностика депрессивного эпизода (ДЭ) и его тяжесть осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 (F32-F32.2). Из исследования исключались пациенты депрессивным расстройством, ассоциированным с обсессивно-компульсивным расстройством, деперсонализацией (вне рамок собственно депрессивной анестезии), а также вялотекущая шизофрения с синдромом небредовой ипохондрии.

Исследование было открытым, неконтролируемым с получением согласия пациентов на проводимую терапию. Длительность терапии – 6 недель с гибким дозированием от 20 до 40 мг в сутки с однократным или двукратным приемом (в единичном наблюдении суточная доза составила 60 мг препарата с 2-кратным приемом). Оценка эффективности проводилась по шкалам депрессии (21 пункт) и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), шкалы депрессии Монтегомери-Асберга (MADRS). К респондерам относились пациенты с редукацией суммарного балла 50% и более к долечевному уровню.

Средний возраст манифеста заболевания составил $45,4 \pm 2,9$ лет, средний возраст к моменту исследования был равен $46,2 \pm 3,0$ лет. Порядковый номер госпитализации у большей половины (53,8%) – первый, второй – у 7,7%, третий и более – у 38,5%. Длительность актуального депрессивного эпизода у подавляющего большинства пациентов (76,9%) колебалась от 1 до 3 месяцев, значительно реже его длительность была от 6 месяцев до 3 лет (23,1%).

По тяжести депрессивного эпизода к моменту начала терапии пациенты распределились следующим образом: легкий – 23,1%, умеренный – 38,5%, тяжелый без психотических симптомов – 30,8% и промежуточная тяжесть ДЭ выявлена в одном наблюдении (7,7%).

Закончили исследование 8 пациентов, у 5 продолжена 6-недельная длительность приема препарата. Все пациенты с законченным 6-недельным курсом терапии оказались респондерами – степень редукции суммарного балла по шкалам HDRS, HARS, MADRS была 50% и более к долечebному уровню.

Среди респондеров, закончивших 6-недельный курс терапии, выделено 2 группы пациентов. Первая группа - с быстрым (обвальным) в течение 1-2 недель положительным терапевтическим ответом на рексетин. Клиническими предикторами сверхбыстрого терапевтического ответа являются: тяжелый депрессивный эпизод; сниженное настроение без тоскливого оттенка; генерализованное тревожное расстройство (ГТР) с накоплением симптоматики в блоке «Бодрствование и настороженность»; витализация невербализованного тоскливого аффекта; атипичная симптоматика (повышенный аппетит – «заедаю стресс»; патологическая чувствительность к межличностным взаимоотношениям с частыми их разрывами); ранняя и средняя инсомния. Напомним содержание симптоматики блока «Бодрствование и настороженность» ГТР (DSM-III-R, 1987): ощущение взвинченности или пребывание на грани срыва; повышенная пугливость; трудность концентрации внимания; нарушение засыпания или частые пробуждения; раздражительность или нетерпеливость.

Положительная динамика в случае сверхбыстрого терапевтического ответа на терапию рексетином включала: улучшение настроения, уменьшение степени астении («состояние почти нормальное, больше бодрости»); положительную презентацию будущего («хорошие, приятные мысли о будущем»); исчезновение витализации невербализованного тоскливого аффекта («прошла боль, тяжесть в области сердца»); нормализацию аппетита; терпимость в отношении с людьми, способность сдерживать себя; редукцию ощущений тяжести, напряжений в мышцах, алгий в позвоночнике, парестезий в конечностях.

Терапевтический эффект рексетина во второй клинической группе респондеров достигался к 6-й неделе терапии, при этом эта группа оказалась клинически неоднородной по структуре депрессивного расстройства. Первая подгруппа характеризовалась: наличием тяжелого ДЭ; тревожной модальностью гипотимии; ГТР с накоплением симптоматики в блоках «Вегетативная гиперактивность», «Бодрствование и настороженность»; атипичной симптоматикой (избыточная потребность в шоколаде; патологическая чувствительность к межличностным взаимоотношениям с частыми их разрывами); патологическими сенсациями в грудной клетке и голове («ноет, щемит в груди; жжет в голове»); сочетанными расстройствами сна (ранняя, средняя и поздняя инсомния); ассоциированным с ДЭ симптоматически бедным ПР, специфической (простой) фобией.

Вторая подгруппа с положительной динамикой к концу краткосрочной (6-недельной) терапии включала следующую симптоматику: тяжелый ДЭ; тосливо-тревожную модальность гипотимии; витализацию вербализованного тоскливого аффекта («давит, ноет в области сердца – как будто вбили кол в эту область»; «в душе кошки скребут»), позднюю инсомнию и дисгармоничную депрессивную аффективную триаду (идеаторная заторможенность в сочетании с ажитацией в виде моторного беспокойства).

Среди всей группы пациентов, включенных в исследование, частота побочного эффекта (нежелательных явлений) наблюдалась в 76,9%, при этом количество нежелательных явлений у одного пациента в большинстве случаев колебалось от 2 до 1-го. Приведем характеристику побочных эффектов в порядке убывающей частоты: повышенная седация (сонливость) – 100%, сухость слизистых ротовой полости – 80%, в единичных наблюдениях тошнота, покраснение кожных покровов лица, повышенная потливость и обострение течения экземы. Ни в одном случае наличие побочного эффекта не было показанием к прерыванию терапии или снижению терапевтической дозы.

С учетом выделенных психопатологических критериев положительного терапевтического ответа на терапию рексетином среди пациентов, не закончивших 6-недельный курс терапии, могут быть выделены пациенты со сверхбыстрым ответом, положительной реакции на краткосрочную 6-недельную терапию и нон-респондеры.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Боробова Е.С., Сидорова Г.В.

Иркутский государственный медицинский университет, ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, отделение гнойной хирургии №2, Иркутск

Важность изучения изменений в психологическом состоянии и личностных характеристиках человека при соматических, в том числе хронических, заболеваниях подтверждается многими исследователями (Айрапетянц М.Г., Вейн А.М., 1982; Гузеев А.Н., 1991; Пятницкий А.Н., 1997; Смулевич А.Б., 1999). Психические изменения оказывают дезадаптирующее влияние на течение основного заболевания и качество жизни пациентов. (Богданович А.Б., 1997).

Целью исследования было изучение психоэмоционального состояния пациентов с хроническим посттравматическим остеомиелитом костей нижних конечностей. Оценка психического состояния проводилась как клиническим методом, так и с помощью таких методик, как личностный опросник «Тип отношения к болезни», шкала тревоги Гамильтона и шкала Монтомгери – Асберга для оценки депрессии.

Обследовано 18 больных (10 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 18 до 29 лет – 3 больных; от 30 до 39 лет – 5 больных, от 40 – 49 лет – 6 больных, старше 50 лет – 4 больных. Из них 70% были нетрудоспособными, имели 2 и 3 группы инвалидности. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: высшее образование было у 2, средне-техническое и средне-специальное образование у 9, среднее у 5, образование ниже среднего имели 2 пациента. Длительность заболевания была до 1 года в 9 случаях, до 2 лет, в 5, в остальных наблюдениях (4 человека) - 10 лет и более.

При клиническом изучении с высокой частотой выявлялись эмоциональные расстройства - депрессия и тревога, а также апатия со снижением уровня активности. Затяжная невротическая депрессия диагностирована у 2 пациенток, в 10 наблюдениях депрессивное состояние было кратковременным и могло быть расценено как депрессивная реакция. В клинической картине данных пациентов доминировала тревога, беспокойство, наличие страхов, а перед оперативным вмешательством у одного из них отмечалась конверсия тревоги в соматическую симптоматику с повышением температуры, тошнотой, дискомфортом в области желудочно-кишечного тракта.

Реакция на болезнь у большей части пациентов (10 человек, 56 %) характеризовалась относительно невысокой степенью социальной дезадаптации. Преобладали следующие типы реакции на болезнь: 1. гармоничный - с трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без пессимистической оценки, но и без игнорирования его тяжести – 3 чел. ; 2. эргопатический – с «уходом от болезни в работу», избирательным отношением к обследованию и лечению, со стремлением во что бы то ни стало сохранить возможность продолжения активной трудовой деятельности -1 чел.; 3. смешанный, гармонично-эргопатический – 6 чел. Такие особенности предполагают возможность успешной психотерапии и психокоррекции.

В меньшей части наблюдений (6 человек) отмечались признаки выраженной личностной дезадаптации в связи с основным заболеванием. У 3 пациентов особенности реагирования включали преимущественно интрапсихическую направленность с раздражительной слабостью, подавленным, угнетенным состоянием, уходом в болезнь и отказом от борьбы. В остальных 3 случаях направленность реагирования была интерпсихической в форме дезадаптивного поведения и нарушением социального функционирования. Больные стеснялись своего заболевания, ситуацию болезни стремились использовать в своих целях, либо проявляли агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге. У 4% больных определяются смешанный и диффузный тип отношения к болезни, что может свидетельствовать о противоречивом характере и самой структуры отношений личности, связанных с болезнью. Данные случаи предполагают более пролонгированный курс психотерапии и отличаются худшим прогнозом, независимо от динамики основного заболевания.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов с хроническим посттравматическим остеомиелитом костей нижних конечностей с высокой частотой наблюдаются отчетливые психопатологические расстройства, дезадаптивные формы реагирования на болезнь. Участие психиатра и внедрение психотерапевтических технологий в процесс лечения позволит повысить эффективность реабилитации и ресоциализации больных данного профиля.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Быков Ю. Н., Николайчук С. В.

Государственный медицинский университет, Иркутск

Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их широкой распространенностью, значительным удельным весом в структуре цереброваскулярной патологии в популяции, высоким процентом инвалидизации больных данной нозологической группы. В Российской Федерации цереброваскулярная заболеваемость оценивается как 350 – 400 человек на 100 тысяч населения.

Целью нашего исследования явилось определение качества жизни, уровня тревоги и депрессии у больных с инсультом.

Использовались следующие методы: 1) качество жизни оценивалось по шкале Бартел, 2) уровень депрессии определялся с помощью опросника Бэка, 3) уровень тревожности исследовался с помощью теста Спилбергера (тревожность оценивалась на момент осмотра и в повседневной жизни субъекта - «повседневная тревога»).

Обследовано 30 человек с ишемическим инсультом в остром периоде, из них 16 мужчин и 14 женщин в возрасте от 34 до 71 года.

У больных с церебральным инсультом выявлены следующие данные. У 16 больных выявлена высокая степень тревожности на момент опроса и «повседневная тревога», у 6 человек выявлена средняя степень тревожности на момент опроса и «повседневная тревога», у 2 человек низкая степень тревожности на момент опроса и «повседневная тревога». У 4 человек выявлена высокая степень «повседневной тревоги», у 2 человек - средняя степень «повседневной тревоги», у 1 человека - низкая степень «повседневной тревоги». Общие итоговые показатели тревожности на момент осмотра и «повседневная тревога» (46 ± 12 и 47 ± 12 баллов соответственно) демонстрируют наличие тревожных проявлений у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

У обследуемых больных индекс Бартел составлял 80 -90 баллов, что свидетельствует о снижении качества жизни у больных данной группы.

У 9 больных выявлена легкая степень депрессии, у 8 больных - умеренная депрессия, у 1 больного - выраженная депрессия, и у 12 больных не выявлено депрессии.

Таким образом, можно сделать вывод, что у больных в остром периоде ишемического инсульта снижение качества жизни сопровождается тревогой и депрессией. Это требует проведения психокоррекционных и реабилитационных мероприятий по улучшению качества жизни, начиная с первых дней заболевания.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И ТИПА ЛИЧНОСТИ

Васильев Ю.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель исследования заключалась в анализе зависимости степени изменений вегетативной нервной системы от особенностей личности и акцентуации характера.

Обследовано 78 здоровых людей обоего пола в возрасте от 18 до 20 лет. С помощью психологического тестирования оценены в баллах изменения вегетативной системы (по опроснику А.М. Вейна), вероятность развития стресса (по шкале стрессогенных событий Холмса-Райха), определены акцентуация характера (по тесту «Акцент-2-90») и тип личности (по

тесту Кейрси). Проведена статистическая обработка и корреляционный анализ полученных данных. Значимыми считались коэффициенты корреляции выше 0,5.

Среди обследованных 82% оказались экстравертами интуитивно-эмоционального (16%), сенсорно-эмоционального (34%) и сенсорно-логического (32%) типов. Остальные 18% - интроверты (8%) и смешанные типы личности (10%). По акцентуации характера выявлены 4 основных варианта: гипертимность - 45%, экзальтированность - 30%, циклотимность - 11%, застревание - 7%. Остальные 7% имели акцентуацию характера на педантичность, эмотивность и тревожность.

Выраженность изменений вегетативной нервной системы оказалась самой низкой (25 ± 3 баллов) у интуитивно-эмоциональных экстравертов, среди которых выявлялась только гипертимная акцентуация характера. При этом вероятность развития стресса у них была самой высокой (511 ± 15 баллов) и связана прочной обратной корреляцией с вегетативными изменениями ($r = -0,99$). Это дает основание предполагать недостаточную адекватность адаптивных реакций у интуитивно-эмоциональных экстравертов.

Самая высокая степень изменений вегетативной нервной системы ($40 \pm 2,5$ баллов) выявлялась у сенсорно-эмоциональных экстравертов, отличающихся наиболее разнообразной акцентуацией характера: у 60% выявлена экзальтированность, у 30% гипертимность, у 10% циклотимность. При этом вероятность развития стресса оказалась ниже, чем у предыдущей группы (420 ± 14 баллов), и практически не связана с вегетативными изменениями ($r = -0,38$), что можно расценить как гиперактивность вегетативной нервной системы.

Низкая степень вегетативных изменений (28 ± 4 баллов) регистрировалась у сенсорно-логических экстравертов, которые, в основном, имели гипертимную акцентуацию, но встречались и акценты на застревание и экзальтированность. При этом вероятность развития стресса существенно меньше (319 ± 11 баллов), чем в других группах, прочно и положительно связана с вегетативными изменениями. Это указывает на относительно адекватные реакции вегетативной нервной системы.

Выявленные особенности состояния вегетативной нервной системы у людей с разным типом личности и акцентуацией характера позволяют судить об адаптационных возможностях организма и могут быть основой для индивидуального подхода к определению стратегии и тактики лечения в неврологической практике.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Великанова Л.П.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Ухудшение здоровья всех групп населения в последние годы приобрело стойкую тенденцию. Растет число болезней, вызванных психоэмоциональным стрессом, так называемых «болезней цивилизации». В настоящее время их спектр существенно расширился и охватывает до 90% всех заболеваний современного человека. Самодеструктивные формы поведения также расцениваются как психосоматические (Н. Krystal, 1962; Н. Rosenfeld, 1960; Губачев и Стабровский, 1981; Т. Wolman & Т. Thompson, 2003).

Современная медицина, по выражению академика Ю.П.Лисицина (2004), до сих пор остается обителью лечебной медицины, ориентированной на факт болезни. В тоже время развернутым стадиям болезни предшествуют доболезненные состояния, во многих случаях полностью обратимые. Одним из ранних признаков начинающейся дезадаптации организма являются аффективные нарушения: тревога и депрессия. Их эквивалентами могут являться поведенческие расстройства (делинквентные и аддиктивные). Готовность к формированию нервно-психических и вегето-соматических реакций связывается также с уровнем нейротизма (Губачев и Стабровский, 1981; Панин Л.Е., Соколов В.П., 1981).

Собственные исследования подтверждают зависимость уровня эмоционального напряжения (тревожности) и различных проявлений дезадаптации как на функциональном, так и на органическом (психосоматическом) уровне (Великанова Л.П., 1998; 2000, 2003, 2004; Великанова Л.П., Андросова Н.В. 2003, 2004).

Одно из направлений первичной профилактики - выявление эмоционального напряжения на донозологическом этапе заболеваний. Мониторинговые исследования эмоциональных характеристик позволяют осуществлять экспресс-диагностику наиболее уязвимых контингентов с неустойчивой адаптацией. Их результаты могут быть положены в основу разработки наднозологически ориентированных неспецифических превентивных мероприятий, что значительно расширит возможности в сфере первичной профилактики и коррекции во многих областях клинической медицины. Подобные исследования представляются предпочтительными и в деонтологическом аспекте, так как психиатр (психотерапевт) на этапе психодиагностического обследования не фигурирует (к его проведению можно привлечь школьных психологов, психологов-лаборантов, студентов старших курсов педагогических и медицинских вузов), а необходимая помощь становится приближенной к нуждающимся контингентам; существенно сокращается длительный путь диагностических и лечебных поисков.

Другое направление истинной профилактики - повышение компетентности врачей общего профиля в области психосоматических и соматопсихических взаимоотношений, ранних проявлений дезадаптации как на соматическом, так и на эмоциональном и поведенческом уровнях. Необходимо развитие более тесного и обязательного сотрудничества интернистов, школьных и медицинских психологов, психотерапевтов-психиатров.

ОПЫТ ЭЛЕКТРОПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ДЕПРЕССИВНЫХ СИНДРОМОВ.

Воропаев А.А., Мочалов А.Д.

Нижегородская Государственная Медицинская Академия, Клиника новейших технологий Маймекс, Нижний Новгород

Целью исследования явилось изучение эффективности методики сочетания транскраниальной электростимуляции и психотерапевтического воздействия в лечении невротических и депрессивных синдромов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 54 больных начальными формами сосудистых заболеваний головного мозга преимущественно с невротическими и депрессивными синдромами в основной группе и 20 в контрольной (применялись только психотерапевтические техники), идентичных по полу и возрасту. Исследование проводилось на базе клиники новейших технологий Маймекс. Транскраниальная электростимуляция (ТКЭС) представляет собой воздействие на головной мозг через наложенные на покровы черепа электроды малоамплитудным электрическим током, параметры которого модулированы особым образом с целью преимущественного воздействия на те или иные биохимические и нейрофизиологические процессы. ТКЭС, оказывая успокаивающее и регулирующее действие на нервную систему, создает благоприятные условия для психотерапевтических воздействий. Аппарат для проведения ТКЭС Stimulus-3" разработан на кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Нижегородской Государственной Медицинской Академии, клинически апробирован и запатентован как новый способ электростимуляции саногенетических механизмов мозга и устройство для его осуществления". Аппарат позволяет проводить транскраниальную электростимуляцию в 3 режимах. Первый режим подготавливает" мозг к электролечению, что позволяет увеличить эффективность дальнейших процедур. Обладает стимулирующим действием на систему зрительного анализатора. Усиливает мощность нормального" ритма мозга в результате реакции усвоения ритма. Второй режим активирует антиноцицептивную систему, что обеспечивает обезболивающий, транквилизирующий, иммуномодулирующий, десенсибилизирующий эффекты в организме. Третий режим активирует деятельность сосудистой системы головного мозга, что обеспечивает значительное усиление мозгового кровоснабжения, венозного оттока, улучшение нейродинамических показателей. Режим также обладает хорошим транквилизирующим действием. Курс лечения в основной группе состоял из сочетания 6 - 12-ти сеансов электропсихотерапии (ЭПТ), проводимых ежедневно или через день с предварительной психотерапевтической беседой информационно-разъяснительного характера и последующим сеансом аутотренинга и

оздоровительного отдыха в состоянии аутогенного погружения под звуки целительной музыки. Затем в течение 5 минут повторялись ключевые формулы собственно лечебных внушений и далее отрабатывались навыки перехода из аутогенного погружения в состояние бодрствования с использованием легких упражнений различной гимнастики и приемов самомассажа. Весь сеанс ЭПТ занимает около 1 часа.

Результаты обследования показали эффективность ЭПТ (79% больных выписано с хорошим терапевтическим эффектом). Эффективность терапии в основной группе более, чем в 2 раза выше, чем в контрольной. При этом средняя продолжительность лечения в дневном стационаре в основной группе составляет 12 дней, а в контрольной группе – 23 дня. Катамнез прослеживался в течение трех месяцев. В основной группе рецидивов не наблюдалось время как в контрольной группе, в 24% случаев имели место рецидивы.

Заключение. Имеет место взаимное усиление лечебных эффектов транскраниальной электростимуляции эндорфинергической системы мозга с одной стороны, и психотерапевтических методов лечения с другой стороны, что может быть использовано для оптимизации психотерапии больных сосудистыми заболеваниями головного мозга.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИПРАЛЕКСА (ЭСЦИТАЛОПРАМА) В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

Ворсина О.П.

Областная клиническая психиатрическая больница №1,
Институт усовершенствования врачей, Иркутск

Цель: Изучение эффективности и безопасности серотонинергического антидепрессанта ципралекс (эсциталопрам) при лечении депрессивных расстройств.

Материалы и методы: Полный курс терапии ципралексом (фирма Лундбек) был проведен 12 пациентам (10 женщин, 2 мужчин, средний возраст $38,4 \pm 10,2$ лет). Выборка сформирована из числа больных, госпитализированных в отделение пограничных состояний, а также пациентов, получавших амбулаторное лечение по поводу депрессивного эпизода легкой и умеренной степени тяжести (по МКБ-10). Длительность актуального депрессивного эпизода была от 1,5 до 6 месяцев. В зависимости от соотношения отдельных проявлений депрессивной триады депрессия определялась как тоскливая, тревожная или апатоадинамическая. Срок монотерапии ципралексом – 6 недель, препарат назначался в дозе от 10 до 20 мг/сут (средняя доза $13,3 \pm 4,7$ мг/сут). Оценка эффективности проводилась с использованием шкалы HAMD-17 на 0, 7, 14, 21, 28, 35, 42 день терапии и шкалы CGI до начала терапии и при ее завершении.

Результаты: Терапевтический эффект ципралекса наблюдался на 5-7-й день от начала терапии. Ведущим в спектре антидепрессивной активности препарата был тимолептический эффект: у пациентов улучшалось настроение, уменьшалась тоска, ощущение бесперспективности и никчемности жизни, суицидальные мысли теряли свою актуальность. Тимолептический эффект нарастал в ходе терапии вплоть до 6-й недели терапии. С 7-го дня лечения пациенты отмечали уменьшение тревоги, внутреннего напряжения, двигательного беспокойства. К началу 3-й недели терапии наблюдалось повышение физической и психической активности, уменьшение утомляемости. По шкале CGI значительное улучшение состояния имело место у 66,7% пациентов, и у 33,3% – существенное улучшение. Незначительные проявления побочных эффектов ципралекса (тошнота, сонливость, головная боль) носили кратковременный, преходящий характер. Ни в одном случае наличие побочного эффекта не явились препятствием для продолжения терапии.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о сбалансированности психотропной активности ципралекса. Препарат является высокоэффективным антидепрессантом быстрого действия с хорошей переносимостью.

СПЕЦИФИКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гафарова Н.В.

Уральский государственный университет им. А.М.Горького, кафедра клинической психологии, Екатеринбург

С развитием цивилизации всё большее значение для состояния здоровья населения приобретает особая группа неинфекционных заболеваний, так называемых «болезней цивилизации». В первую очередь к ним относятся пограничные психические расстройства, которые ещё в прошлом веке были выделены из клинической психиатрии в самостоятельную проблему, находящуюся в настоящее время в фокусе интересов специалистов различного профиля- психиатров, психотерапевтов, психологов и врачей соматической медицины. Основанием для подобного интереса является то, что ситуация острого и хронического стресса и, следовательно, нарушения психологического состояния различной степени выраженности составляют основу для возникновения психосоматических заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения за последние годы происходит значительное увеличение числа аффективных расстройств во всём мире. По распространённости депрессивных расстройств среди различных групп пациентов, наиболее часто они встречаются у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Необходимо отметить тот факт, что увеличивается число больных с депрессиями с атипичной клинической картиной. Среди них одно из первых мест по частоте встречаемости занимает маскированная депрессия. Ведущими в клинической картине являются соматические, вегетативные и психические проявления, а собственно депрессивные нарушения, будучи стёртыми, невыраженными, отступают на задний план. Наиболее часто сочетание с такими расстройствами, как анергия, ангедония, снижение либидо, бессонница, раздражительность. Такая депрессия может имитировать картину любого нарушения со стороны внутренних органов, прячась под маской другого заболевания.

Актуальность данной проблемы определяется не только распространённостью и дезадаптирующим влиянием депрессии, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной помощи.

Объектом исследования стали пациенты отделения кардиотерапии, имеющие диагноз ишемическая болезнь сердца (ИБС). Всего было обследовано 52 пациента. Возраст обследуемых пациентов- от 31 до 66 лет. Практически все пациенты, кроме жалоб, характерных для данной нозологии (боль в груди, одышка, колебания артериального давления) отмечали нарушение сна (бессонница, раннее пробуждение), плохое настроение, потерю аппетита, снижение либидо.

Всем пациентам предлагались ниженазванные методики:

1. Торонтская алекситимическая шкала;
2. Цветовой тест М.Люшера;
3. Методика самооценки Дембо-Рубинштейн;
4. Методика ценностных ориентаций М.Рокича;
5. Методика незаконченных предложений, модифицированная для психосоматических пациентов.

Данные методики являются проективными, главное достоинство которых состоит в том, что они облегчают выявление структуры и содержания внутреннего мира, который испытуемый часто не в состоянии выразить вербально и позволяют ориентироваться в глубинных свойствах личности, неподдающихся точному измерению.

Качественный анализ результатов, полученных с помощью подобранных методик, дал возможность установить характерные особенности личности кардиологических больных, которые указывают на наличие у них маскированной депрессии: Аффективная неустойчивость (эмоциональный дискомфорт, высокий уровень тревожности, низкий уровень стрессоустойчивости, непродуктивная нервно-психическая напряжённость); Ригидность, которая является обратной стороной тщательно подавляемой тревоги; Ипохондричность; Высокий уровень

алекситимии; Тенденция к переоценке своих реальных возможностей и способностей, что может привести к переоценке своих возможностей в трудной ситуации и к фрустрированию при не достижении поставленных целей; Основные защитные механизмы, которые используют пациенты : рационализация, вытеснение, регресс, отрицание.

Полученные данные позволяют наметить ряд мишеней психотерапии (неадекватно завышенная самооценка, отрицание проблем и отказ от их решения, аффективные нарушения и т.д.) и указывают на целесообразность и необходимость полипрофессионального подхода в лечении психосоматических расстройств, включающего взаимодействие врача, психотерапевта, клинического психолога.

К ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ПАНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И КОМОРБИДНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.

Дашинамжилова В.Н., Собенников В.С.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Современные данные психиатрической литературы подтверждают коморбидные связи соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств (Piccinelli M, et al., 1999; Собенников В.С., 2001). Важной характеристикой, определяющей направленность коморбидных связей панических расстройств является повышенная тревожная чувствительность, которая в содержательном отношении имеет трехфакторную структуру: а)страх публичного проявления симптомов; б)страх утраты сознательного контроля над собой; в)собственно страх телесных ощущений. Факторы а) и в) коррелируют с тревожными проявлениями, а фактор б) с депрессивными (Taylor S., et al., 1996).

Целью настоящего исследования был клинико-психопатологический и динамический анализ коморбидных проявлений соматоформных, депрессивных и панических, (паникоподобных) расстройств. Объектом исследования являлись 30 больных (из них мужчин –12, женщин-18 человек), клиническая картина заболевания которых на манифестном этапе, характеризовалась сочетанными соматоформными и паническими расстройствами, а также разной степени выраженности депрессией. Средний возраст на момент обследования составил 36,4+₋ 2,4 года у мужчин и 43,2+₋3,3 года у женщин.

В зависимости от этапа появления в клинической картине панических состояний, было выделено 2 группы больных: 1.с длительным доманифестным этапом, предшествующим появлению панического симптомокомплекса (17 человек), 2.с острым появлением панических состояний (13чел.)

В клинике заболевания больных первой группы, на этапе предшествующем появлению панических состояний выявлялись соматизированные реакции, соматоформные расстройства, как правило, с наличием ипохондрических фобий, либо проявлений социофобии. Соматоформная симптоматика отличаясь простотой и «гомональным» характером в дебюте, но имела тенденцию к усложнению и расширению в динамике, к моменту появления панических (паникоподобных) состояний. В структуре панических расстройств, доминирующей содержательной стороной (денотатом) переживаний больных являлся страх соматической катастрофы и страх потери сознания, падения в общественном месте, тематически соответствующие факторам а) и в) по Taylor S., с соавт. (1996). Депрессивная симптоматика у большинства больных (12 случаев) была не выражена или не достигала полной психопатологической завершенности.

Течение заболевания у второй группы пациентов (13 человек, мужчин-6,женщин-7) характеризовалось отсутствием очерченного доманифестного этапа. В большинстве случаев заболевание манифестировало спонтанной панической атакой с выраженным витальным страхом, танатофобией, вегетативным и деперсонализационными расстройствами в её структуре. При этом денотатом панических состояний выступали переживания надвигающегося безумия, утраты над собой контроля (кластер б). Уже после первого приступа ПА формировалось избегающее поведение, которое распространялось на любые ситуации, когда больной мог оказаться без помощи (панагорафобия). Соматоформные симптомы с начала заболевания сопутствовали тревожным. Их отличали «гетерономные» особенности, нередко распространенные

ние на несколько функциональных систем. Главной характеристикой данных состояний являлся «эффект песочных часов», когда выраженность пароксизмальной тревоги и, как правило, интракраниальных сенестопатий проявлялась реципрочно, с ослаблением одного компонента при нарастании другого. В качестве перманентной симптоматики выступала отчетливая гипотимия с перемежающимися тревожными и апатическими проявлениями «элементарного» аффекта. У половины больных отмечалась четкая сезонная зависимость состояния.

Полученные результаты следует рассматривать как предварительные. Подтверждена гетерогенность панических состояний в зависимости от содержания переживаний и их связь с преобладанием в клинической картине коморбидных расстройств - тревоги либо депрессии, что может иметь значение в терапии и прогнозе.

СОМАТОФОРМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Дереча В.А., Егоров Р.С.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

В 1911г. P.Janet – один из основоположников учения о неврозах – отметил, что все невротические расстройства являются нарушением приспособления к новым внутренним и внешним обстоятельствам, обнаруживаемым в момент, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной. В то же время Ю.А.Александровский (1994) и Г.К.Ушаков (1978) отмечают, что исследованию адаптивного и дезадаптивного компонентов в клинике невротических расстройств (F4 по МКБ-10) уделяется недостаточное внимание.

Целью нашей работы было изучение клинических, психопатологических и патопсихологических признаков нарушения адаптации военнослужащих срочной службы.

Материалы и методы исследования. 50 больных данного профиля, находившихся на стационарном лечении в гарнизонном госпитале, - лица мужского пола в возрасте от 18 до 20 лет. В соответствии с поставленными целью и задачами были использованы психопатологическое и клинико-динамическое исследование, а также параклиническое обследование: электроэнцефалография и ряд экспериментально-психологических методик (миннесотский многофакторный личностный опросник; опросник САН – самочувствие, активность, настроение; тест Тид – тревога и депрессия).

Результаты. выраженным расстройствам адаптации предшествует донозологический период от 1 – 2 недель до 2 – 3 месяцев, когда уже можно обнаружить продромальные сигналы будущих нарушений. Представилось возможным классифицировать их на соматические, психологические, поведенческие и личностные. Соматические предвестники нарушений адаптации в предболезненном периоде были представлены такими отклонениями как расстройства сна, повышенная утомляемость, утрата аппетита, недомогание, снижение физической выносливости, головная боль. При дальнейшем развитии нарушений адаптации у военнослужащих отмечались явные соматоформные расстройства, которые были представлены преимущественно вегетативными дисфункциями (F 45.3). Их проявлениями были вегетодистонии с сердцебиениями, потливостью, покраснением, тремором рук, а также группа симптомов, связанных верхним отделом желудочно-кишечного тракта («невроз» желудка, диспепсия, психогенная аэрофагия и др.). Данные симптомы в дальнейшем осложнялись другими психологическими, поведенческими и личностными проявлениями развивающегося нарушения адаптации.

Заключение: соматоформные расстройства являются одним из ведущих компонентов в рамках расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы как в предболезненном периоде, так и на этапе полного развития болезни. Своевременное обнаружение предвестников соматоформных нарушений позволяет значительно снизить риск возникновения как адаптивных расстройств в целом (F 43.2), так и соматоформных расстройств в частности (F45).

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЖИЗНЕННОЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Дереча В.А., Балашова С.В., Егоров Р.С., Хромушин О.Н.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Известно, что неблагоприятные ситуационные факторы искажают внутреннюю картину болезни и способствуют формированию неадекватного отношения больных к своему состоянию (Краснушкин Е.К., 1950; Захаров А.И., 1971; Кербиков О.В., 1971; Рохлин Л.Л., 1972). Ситуационные факторы риска уточнены в понятиях «жизненной ситуации» (Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю., 1998) и «психосоматической ситуации» (Исаев Д.И., 2000). Каждой из них дано определение, однако еще недостаточно изучены психологические механизмы их влияния на развитие невротических расстройств в целом и соматоформных – в частности.

Целью данной работы было выявление эмоциональной специфичности в психотравмирующих переживаниях больных с соматоформными состояниями. **Методы** исследования: клиничко-психологически и психопатологически изучено 98 больных, с различными видами соматоформных нарушений.

Полученные результаты. Психотравмирующие факторы жизненной ситуации (всего 174 фактора) установлены у 90 больных (91,7%), а факторы психосоматической ситуации (числом 86) найдены у 57 больных (58,1%). Особенности личностного реагирования больных на складывающиеся ситуации распределились на 5 типов переживаний: депрессивные (26), диссоциативные (27), ипохондрические (18), астенические (14) и тревожно-фобические (13). Депрессивные переживания возникали в ответ на гибель (утрату) близких (8), развод (5), семейные и супружеские конфликты (14), ситуации утраты чести и достоинства, унижения и позора (4), одиночества и(или) отсутствия поддержки родных при болезненном состоянии (12), ошибки медицинской диагностики (8). Диссоциативными переживаниями больные реагировали на супружеские (11) и семейные (7) конфликты, болезни родных (7), озабоченность близких состоянием здоровья пациента (9), ошибки медицинской диагностики (10) и недеонтологическое поведение медработников (5). Астенические переживания преобладали при перегрузках в профессиональной деятельности (6). Тревожно-фобические переживания связаны с ситуациями угрозы самоуважению и достоинству (6), угрозы жизни и благополучию (6), с резкими изменениями жизненного стереотипа и (или) круга общения (4). Ипохондрические – чаще возникали в ответ на конфликтные отношения на работе (4), тяжелые заболевания родных (4), диагностические ошибки (6), супружеские конфликты (4). Факторы жизненной и психосоматической ситуаций сочетались у 50 больных.

Заключение. Изучение психотравмирующих факторов жизненной и психосоматической ситуации выявило их различную значимость для формирования того или иного типа личностного реагирования. При этом эмоциональная специфичность переживаний больных выступает одним из основных патогенетических звеньев в развитии соматоформных расстройств.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Зверев В. В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Целью настоящей работы являлось исследование психических расстройств у больных с множественной миеломой (ММ) на разных этапах течения опухолевого процесса.

Изучены 19 больных с установленным диагнозом ММ, согласно классификации МКБ-10, находящиеся на стационарном лечении в гематологическом отделении Иркутской областной клинической больницы. Из них: 7 женщин, средний возраст 51,3 + 12, 5 года; 12 мужчин, средний возраст 61+ 10, 5.

Применялся клинический метод с анализом психического статуса и оценкой депрессии и тревоги с помощью шкал Гамилтътона, Монтгомери – Асберга, Цунга, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации (истории болезни, ам-

булаторные карты), заключений специалистов о соматоневрологическом статусе с учетом параклинических данных (электрокардиография, рентгенография и др.), а также экспериментально – психологические методики (опросники «СМИЛ», «Тип отношения к болезни» Вассермана, Томский опросник ригидности Г. В. Залевского, «Оценочной тревожности» Спилбергера – Ханина. Диагностика осуществлялась согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Соматогенная астения отмеченная во всех наблюдениях сочеталась, а в ряде случаев перекрывалась, аффективными расстройствами в форме преимущественно апато-адинамической депрессии. На фоне общей слабости, быстрой утомляемости даже при незначительной физической нагрузке (ходьбе, уборке квартиры), больные отмечали вялость, утрату удовольствия от занятий, которые раньше приносили удовлетворение (общение с близкими и знакомыми, просмотр телепрограмм, чтение художественной литературы и т. д.). Любая деятельность воспринималась, как непреодолимое препятствие, неразрешимая проблема, будущее оценивалось пессимистически. Переживание несостоятельности сочеталось с идеями малоценности.

Данные астенические и аффективные расстройства определяют фон, на котором формировались невротические тревожно-фобические и соматоформные реактивные образования. Преобладание астении определяло развитие преимущественно соматоформных расстройств с множественными жалобами, которые не находили адекватного объяснения исходя из динамики основного заболевания, либо ипохондрической фиксации в связи с диагностикой какой-либо незначительной сопутствующей патологии. При доминировании депрессии более характерными были нарушения тревожно-фобического спектра по фабуле гомономные ситуации (навязчивые страхи и опасения по поводу своей «неизлечимой болезни» и невозможности полной социальной реабилитации, ипохондрические фобии со страхом смерти и опасениями инвалидизации). В ряде случаев тревога появлялись пароксизмально, в форме панических состояний с выраженными соматовегетативными симптомами (тахикардия, кардиалгии, транзиторная гипертензия, гипергидроз, головные боли, головокружение).

Таким образом, у больных с множественной миеломой уже на ранних этапах заболевания выявляется широкий спектр психопатологических нарушений, которые требуют психотерапевтической и фармакологической коррекции, что необходимо учитывать при организации лечебного процесса.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Зинина А.И., Кудрина В.В., Стукалина О.П.

Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск

Цель исследования. клинико-психологический анализ и изучение особенностей личности при соматоформных расстройствах.

Методы исследования. анамнестический, клинический, экспериментально-психологический, статистический.

Результаты исследования:

1. В анамнезе у всех больных можно было выявить существование хронической стрессовой ситуации, постепенное развитие и нарастание многообразных соматических симптомов.

2. Все пациенты госпитализировались в психиатрический стационар в поздние сроки (спустя 2-5 лет с начала заболевания) и имели длительный опыт обследования и лечения у разных специалистов, в связи с чем было сложно объективно оценить преморбидные личностные особенности.

3. Клинико-психологическое обследование выявило определяющую мотивационную направленность личности на соответствие нормативным критериям, как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. Основная проблема личности данного типа – подавление спонтанности, сдерживание самореализации, контроль над агрессивностью, ориентация на правила, гиперсоциальная направлен-

ность интересов, избегание серьезной ответственности из страха не справиться, из механизмов защиты преобладал механизм по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь – явная или мнимая – является как бы ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, либо единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности.

4. Отмечались общие тенденции в поведении больных с соматоформными расстройствами (стремление оградить себя от волнующих ситуаций, уклониться от решения проблем, сужение круга интересов, значительная фиксация своего внимания на физиологических отправлениях организма, равнодушие к приятным впечатлениям и обостренная чувствительность к неприятным, нарастающее стремление к ограничению активности, вплоть до прекращения трудовой деятельности с установкой на длительный отдых или получение группы инвалидности).

5. Включение ригидных механизмов затрудняло сознание психологических проблем, появлялись фиксированные эмоциональные реакции на ситуацию, фиксированные неэффективные стереотипы поведения в проблемной ситуации, при отсутствии стремления к поиску и использованию нестандартных для личности стратегий преодоления стресса.

Заключение: Таким образом, сложности диагностики соматоформных расстройств определяют позднее обращение пациентов за специализированной помощью, что затрудняет объективную оценку преморбидных личностных особенностей. Выявленные в процессе исследования личностные особенности пациентов с соматоформными расстройствами можно трактовать как третичные (по Д.Б. Карвасарскому), определяемые длительным течением заболевания.

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ГЦМШПН ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Иванов С.И.

МУЗ Городской центр медико-социальной, психологической и психотерапевтической помощи населению, Иркутск

Происходящие в последние годы в России коренные социально-экономические преобразования сопровождаются обострением накопившихся, за многие годы, жизненно важных проблем, одной из которых является проблема охраны психического здоровья населения. Все большее значение приобретают социальные аспекты возникновения, распространения и последствий психических расстройств, что существенным образом отражается на психическом состоянии членов общества, порождает стрессы, фрустрацию, тревогу, чувство неуверенности, депрессии, обострение психических расстройств, декомпенсацию больных.

Городской Центр медико-социальной, психологической и психотерапевтической помощи населению был открыт в 1998 году в городе Иркутске с целью оказания амбулаторной и стационарной психологической и психотерапевтической помощи населению. В своей работе использует научно обоснованные методы психотерапии, психологической коррекции, лекарственного контроля и иных лечебно-восстановительных подходов в лечении пациентов страдающих нарушениями адаптации, поведенческими расстройствами, личностными, невротическими и связанными со стрессом, невротоподобными и компенсированными психопатоподобными расстройствами эндогенной и экзогенно-органической этиологии, а также другой пограничной патологии без выраженных психотических нарушений. Центр в своем составе имеет поликлиническое отделение, стационарное отделение для взрослых и «телефон доверия». В своей работе использует все современные психологические и психотерапевтические технологии.

Амбулаторно-поликлиническое отделение обслуживает детское, подростковое и взрослое население города Иркутска по принципу добровольного обращения. Отделение оказывает консультативную, психодиагностическую и реабилитационную помощь с учетом индивидуальных, личностных особенностей, характера взаимоотношений в микро и макро среде.

Применяются индивидуальные и групповые методы коррекции и лечения. В работе используются различные психотерапевтические методы и методики (когнитивные, психоаналитические, поведенческие, классический гипноз, аутогенная тренировка и др). Используются более 20 современных и утвержденных МЗ психологических методик. Проводится работа, направленная на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности пациентов. Выявляют условия, препятствующие гармоничному развитию личности пациента или затрудняющие его. Проводятся различные психодиагностические исследования и осуществляются динамическое наблюдение за пациентами. Проводится выявление потенциальных способностей у детей и определяется их профессиональная направленность. Ежегодно в поликлинику пациенты осуществляют до 16-18 тыс. посещений.

В поликлинике кроме психотерапевтов и психологов, работают: сексолог, логопед, невролог, социальный работник и др.

Стационарное отделение на 48 коек, в том числе 20 коек круглосуточного пребывания и 28 дневного пребывания. Осуществляет лечение различных категорий пациентов, имеющих функциональные расстройства нервной системы средней и тяжелой степени тяжести. Проводит психологическую реабилитацию и социальную адаптацию. Осуществляет стационарную, полустационарную лечебно-диагностическую помощь при неврозах, нервно-психических заболеваниях, психосоматических расстройствах и др. пограничных расстройствах. Занимается внедрением в психотерапевтическую практику новейших достижений в области психотерапии и психологии. Проводит дифференциально-диагностические мероприятия в сложных клинических случаях, осуществляет различные виды экспертизы временной нетрудоспособности больных неврозами и другими пограничными нервно-психическими и психосоматическими заболеваниями. Психологи и психотерапевты стационара оказывают психологическую, психотерапевтическую и психопрофилактическую помощь по преодолению стрессовых ситуаций и состояний дезадаптации. Ежегодно в стационаре проходят лечение более 800 пациентов.

Телефон доверия работает в структуре поликлинического отделения, оказывает круглосуточную, экстренную психологическую помощь всем обратившимся, с целью предотвращения суицидальных или иных опасных действий в сложных жизненных ситуациях. Количество ежегодных обращений составляет около 13 тысяч.

ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕЛЕСНЫМИ СЕНСАЦИЯМИ

Иванова Л.А.

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

Среди пациентов с депрессивным расстройством (депрессивный эпизод - ДЭ по МКБ-10) и моно-, би- и полилокальными патологическими сенсациями (n=65) выделены три группы: депрессивный эпизод с сенестоалгическим синдромом (n=25); ДЭ с сенестопатическим синдромом (n=19); ДЭ с сенестоалгически-сенестопатическим синдромом (n=21). На момент настоящего обследования из исследования исключались пациенты с вялотекущей (малопрогредиентной) шизофренией с синдромом навязчивой (невротической), сверхценной (ограниченной) ипохондрией и сенестопатической шизофрении с наличием облигатного критерия диагностики в виде дефекта - астенического, фершробен, психопатоподобного его вариантов (Смулевич А.Б., 1999).

У большей половины пациентов с ДЭ и сенестоалгическим синдромом (56%) имел место тяжелый депрессивный эпизод, реже- промежуточный между умеренным и тяжелым - 24%, умеренный - 20.0%. К промежуточному ДЭ отнесены наблюдения с наличием трех типичных симптомов депрессии (сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, повышенная утомляемость) и недостаточным количеством симптомов из перечня «а-ж» МКБ-10, либо с наличием двух типичных симптомов депрессии и пяти и более симптомов из перечня «а-ж» (Бобров А.С., 2001). По модальности гипотимии пациенты распределились следующим образом: тревожная - 56%, тоскливая - 44%. Выявлена значительная частота (60%) витализации тоскливого аффекта; с примерно равной частотой от-

мечен его вербализованный и невербализованный характер (соответственно 46,7% и 53,3%). По типу депрессивной аффективной триады пациенты с депрессивным эпизодом и сенестоалгическим синдромом распределились следующим образом: неполная – 48%, дисгармоничная – 44%, гармоничная – 8%. В случае тревожной модальности гипотимии к неполной депрессивной аффективной триаде отнесены отсутствие ускоренного течения ассоциаций и двигательного беспокойства; к дисгармоничной – наличие идеаторной и /или двигательной заторможенности. В клинике тоскливой депрессии неполная депрессивная аффективная триада характеризовалась наличием идеаторной или моторной заторможенностью; дисгармоничная – ускоренным течением ассоциаций или моторным беспокойством; гармоничная – в случае представленности психомоторной заторможенности.

В клинике депрессивного эпизода с сенестопатическим синдромом в 47,4% случаев выявлена тяжелая степень ДЭ, реже – умеренный и промежуточный между умеренным и тяжелым (соответственно 26,3% и 21,1%), в единичном наблюдении – легкий ДЭ (5,3%). У большей половины пациентов (57,9%) диагностирована тревожная модальность гипотимии, тоскливая – 42,1%. Отмечена незначительная частота наблюдений с вербализованным и невербализованным проявлением тоскливого аффекта (соответственно по 15,8%). Доминирующим среди типов депрессивной аффективной триады был дисгармоничный (63,2%), реже выявлялась неполная (31,6%) и в единичном наблюдении – гармоничная (5,3%) структура депрессивной аффективной триады.

В случае депрессивного эпизода с сенестоалгически-сенестопатическим синдромом у большей половины пациентов (57,1%) выявлена тяжелая степень ДЭ, реже – умеренная (23,8%), в единичных наблюдениях – легкая и промежуточная между умеренной и тяжелой степенью тяжести ДЭ (соответственно по 9,5%). Близким оказалось распределение пациентов по модальности гипотимии: тревожная – 52,4%, тоскливая – 47,6%. В 52,4% случаев отмечено наличие витализации тоскливого аффекта, значительно реже – невербализованное проявление тоскливого аффекта (19,0%). Доминирующей в клинике ДЭ с сенестоалгически-сенестопатическим синдромом была дисгармоничная депрессивная аффективная триада – 66,7%, неполная – 28,6%, гармоничная – 4,8%.

Сравнительный анализ клиники ДЭ с сенестоалгическим, сенестопатическим и сенестоалгически-сенестопатическим синдромами выявил отсутствие статистически достоверных различий в тяжести депрессивного расстройства, тоскливой модальности гипотимии, неполной и гармоничной депрессивной аффективной триаде. Достоверно большая частота тревожной модальности гипотимии выявлена в группе ДЭ с сенестопатическим и сенестоалгически-сенестопатическим синдромом по сравнению с ДЭ и сенестоалгическим синдромом ($p < 0,02$, $p < 0,04$). В клинике ДЭ и сенестоалгически-сенестопатическим синдромом достоверно чаще диагностирована витализация вербализованного тоскливого аффекта, чем в группах ДЭ с сенестоалгическим и сенестопатическим синдромом ($p < 0,01$, $p < 0,05$). Достоверно большая частота невербализованного тоскливого аффекта отмечена в группе ДЭ с сенестоалгическим синдромом по сравнению с группой ДЭ с сенестопатическим синдромом ($p < 0,05$). Среди пациентов ДЭ с сенестоалгически-сенестопатическим синдромом по сравнению ДЭ с сенестоалгическим синдромом достоверно чаще выявлена дисгармоничная депрессивная аффективная триада ($p < 0,04$).

КОМПЛЕКСНОЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Колягин В.В.

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

В течение последних десятилетий во всем мире сохраняется тенденция к увеличению употребления алкоголя, что приводит к значительному росту числа больных алкоголизмом. В Российской Федерации также имеет место рост уровня потребления алкоголя и, соответственно, алкогольной зависимости. В Иркутской области такая тенденция особенно значительна. Вероятно, основными причинами злоупотребления алкоголем до возникновения за-

висимости являются многочисленные социальные и психологические проблемы, адекватно не разрешаемые личностью. При возникновении заболевания основная «тяжесть ответственности» ложится на синдром зависимости. Поиск новых методов и средств лечения зависимости от алкоголя в последние годы резко активизирован. Адекватность лечения алкогольной зависимости определяет дальнейшее течение болезни, то есть определяет возможность рецидива заболевания, длительность ремиссии – абстиненции у пациента. Психофармакологические препараты, используемые для лечения алкогольной зависимости, ускоряют, либо, наоборот, ингибируют активность индол-эргической, катехоламин-эргической или серотонин-эргической систем и других функциональных структур головного мозга.

Психоактивные вещества, обладающие наркотическим эффектом, влияя на нейрохимические процессы головного мозга, приводят к развитию синдрома зависимости. Известно, что механизмы развития зависимости от психоактивных веществ располагаются в лимбических и стволовых структурах мозга – так называемая «система подкрепления». Влияя на метаболизм нейромедиаторов, психоактивные вещества стимулируют систему подкрепления – положительно изменяется эмоциональный, психофизиологический, мотивационный, поведенческий модус. Психоактивные вещества имеют свой индивидуальный фармакологический спектр действия – приводят к дисфункции различные нейрохимические системы мозга. Помимо этого, каждое наркотическое вещество оказывает общее интенсивное, активирующее влияние на «систему подкрепления» в виде выброса из депо лимбических структур мозга нейромедиаторов группы катехоламинов, в том числе дофамина, который быстро метаболизируется, либо возвращается в депо механизмом обратного захвата. Запасы нейромедиаторов при повторных приемах психоактивных веществ истощаются, поэтому при обычной, без психоактивного вещества, стимуляции не возникает достаточного возбуждения системы подкрепления – человек вял, астенизирован, депрессивен. Временная компенсация дефицита нейромедиаторов в синаптической щели и нормализация лимбических структур мозга наступает при повторных приемах психоактивных веществ, обеспечивающих дополнительное высвобождение нейромедиаторов из депо. При этом катехоламины быстро разрушаются, их уровень содержания снижается – психоэмоциональное состояние резко ухудшается, возникает патологическое влечение – желание вновь использовать наркотик. Это так называемый «механизм порочного круга». Дефицит нейромедиаторов, угрожающий жизнедеятельности организма, может возникнуть при большей или меньшей длительности употребления психоактивных веществ (алкоголь или наркотики). Организм компенсирует дефицит нейромедиаторов усиленным синтезом катехоламинов и подавлением активности ферментов, метаболизирующих их – формируется ускоренный кругооборот катехоламинов. При очередном приеме психоактивного вещества, спровоцированный выброс катехоламинов сопровождается ускоренным, избыточным их разрушением в сочетании с компенсаторно усиленным синтезом. При отсутствии наркотика сохраняется ускоренный синтез и накопление катехоламинов, в том числе дофамина, в головном мозге – возникает абстинентный синдром с психическими и соматовегетативными нарушениями. Тяжесть абстинентного синдрома, вплоть до психоза, возрастает при двух-трехкратном повышении уровня концентрации дофамина. Повышение уровня дофамина с развитием абстинентного синдрома отмечается как при прекращении приема психоактивного вещества, так и спонтанно в период ремиссии («сухая абстиненция»). Снижение повышенной концентрации дофамина до нормы является основой патогенетического лечения абстинентного синдрома.

В свою очередь дефицит дофамина в подкрепляющих структурах мозга обеспечивает патологическое влечение к алкоголю и наркотикам. Это – главная причина срыва ремиссии и рецидива заболевания

Таким образом, нормализация дофаминовой регуляции обеспечивает редукцию патологического влечения к психоактивному веществу и купированию абстинентного синдрома. Для этого широко используется психофармакотерапия нейролептиками (прямое воздействие на дофаминовые рецепторы), транквилизаторами и антиконвульсантами (воздействие на систему дофамина через систему ГАМК), антидепрессантами (через систему серотонина), а также начинают применять нейропептиды и блокаторы опиатных рецепторов, гемосорбцию

(для абсорбирования дофамина), акупунктуру и др. немедикаментозные методы, нормализующие дофаминовую нейромедиацию.

В структуру патологического влечения к психоактивному веществу входит депрессивный синдром в различной степени выраженности. Депрессивный синдром может быть первичным и вторичным – развившемся в результате возникшей зависимости. Выделено 3 типа депрессии: с преимущественным нарушением катехоламиновой нейромедиации; серотониновой нейромедиации; обеих систем нейромедиации. Таким образом, патогенетической основой депрессивного синдрома является недостаточность катехоламиновой и/или серотониновой нейромедиации в лимбических структурах мозга, для временной компенсации которой используется алкоголь, либо наркотики.

Предполагается, что этанол оказывает двойственный эффект на серотониновую систему. Вначале, увеличивает, а затем снижает активность серотонина. Усиление функционирования серотонина ведет к активации лимбической дофаминергической «системы подкрепления», что проявляется улучшением эмоционального и соматовегетативного статуса. Активация системы подкрепления является ключевым звеном патологического влечения к психоактивному веществу. Поэтому в комплексном подходе при амбулаторном лечении алкогольной зависимости нами, помимо психотерапии (различные варианты «кодирования»), в течение последних лет используются современные антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – паксил (парокситин) и золофт (сертралин) в стандартных дозах – 1 таб. утром, 20 мг и 50 мг соответственно. Длительность назначения от 4 до 6 мес. Субъективно и объективно отмечается заметный эффект действия после первых 2-3 таблеток (снижение тревожности, напряженности, дискомфорта, отсутствие влечения к алкоголю, повышение уверенности и т.д.). Ремиссии продолжительностью 10-12 мес. составили более 90% случаев. Отдельные случаи отказов от антидепрессантов, как правило, были связаны не с побочными эффектами, а с финансовыми трудностями пациентов. Продолжительность ремиссии у пациентов, не принимавших СИОЗС, была заметно ниже. В случаях ремиссии более 10-12 мес. у пациентов, не принимающих СИОЗС, родственники нередко отмечают раздражительность, дисфоричность, неадекватную рачительность (скрупулезность в расходах на членов семьи), «зомбированность» («как робот...» - лучше бы пил...).

Таким образом, назначение препаратов группы СИОЗС является клинически и патогенетически обоснованным в комплексном лечении алкогольной зависимости.

Психоземotionalная стабильность и адекватность таких пациентов, формирующаяся при комплексном психотерапевтическом и психофармакологическом лечении, способствует формированию многомесячной ремиссии.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Колягин В.В.

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

К психосоматическим расстройствам традиционно относят соматические заболевания, вызванные или обострившиеся в результате воздействия на личность психологических факторов. В основе формирования психосоматики (середина XX века) лежит психоаналитическая трактовка патогенеза и соответственно этому терапевтическая трактовка и способы лечения «органных неврозов».

Согласно теории специфичности определенные психосоматические заболевания возникают: в результате воздействия специфических стрессов (F.Alexander), либо как следствие психологической предрасположенности личности (F.Dunbar).

Соматические расстройства и болезни, возникающие у личности под влиянием или при участии эмоционального напряжения, развившегося в результате психического воздействия в прошлом или настоящем, относят к разделу психосоматики. Любой длительный стресс вызывает физиологические изменения, которые могут привести к соматическому расстройству. В психосоматической медицине считается, что вначале появляются психические расстрой-

ства, они влекут за собой функциональные нарушения, которые со временем могут усложниться клеточной патологией и, как ее следствие - поражением структуры.

При длительном стрессе возникает суммация неспецифических системных реакций – общий адаптационный синдром Г.Селье. Координирующим центром психосоматической регуляции является лимбико – ретикулярный комплекс и входящий в него гипоталамус. Гипоталамус осуществляет связь эмоциональных реакций с их соматическими проявлениями. Гипоталамус контролирует деятельность внутренних органов, регулирует симпатическую и парасимпатическую иннервацию и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую нейроэндокринную систему. На стресс система гипоталамус-гипофиз-надпочечники реагируют чрезмерной выработкой кортизола. Избыток кортизола приводит к расстройству функций различных систем организма. Все механизмы, регулирующие нервную деятельность, в состоянии стресса, подвергаются функциональным изменениям, нарушается гомеостаз, организм становится восприимчивым к различным патологическим процессам и инфекциям. Схематически психосоматические взаимоотношения можно представить в следующем виде: кортикальные нарушения – лимбико-ретикулярный комплекс – вегетативная нейроэндокринная система – висцеральная патология. При этом, у каждого человека есть свой «шоковый орган», генетически восприимчивый к стрессу (сердце, кожа, ЖКТ и др.).

«Выбор органа», определенной специфической психосоматической болезни определяется совокупностью факторов, опосредующих избирательное поражение органа или системы в условиях хронического эмоционального стресса. К этим факторам можно отнести: конституциональную или приобретенную функциональную недостаточность органа; изменения функции органа в результате патогенного психического переживания; фиксация первично возникающих, под влиянием психотравмы, вегетативно-соматических проявлений; специфические для психосоматических расстройств черты личности (преморбидные личностные черты определяют различные виды психических реакций и детерминируют течение и исход заболевания). Более восприимчивы к соматическому или психосоматическому заболеванию лица с депрессивными или тревожными расстройствами, с раздражением, гневом или подавленностью. Каждому из психосоматических заболеваний (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, кожные заболевания и др.) соответствует определенный спектр личностных качеств.

Подавление отрицательных эмоций, связанных с зависимым положением способно вызвать пептическую язву (F.Alexander). Пассивная, неспособная выразить гнев, запуганная с детства с маскированной враждебностью, боящаяся наказания, с обсессивными чертами личности в условиях подавленного настроения, после тяжелого жизненного стресса, может заболеть воспалительным заболеванием кишечника: болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, неспецифический язвенный колит.

Возбудимая, настойчивая, упрямая, активная в достижении желаемого, с переоценкой своих возможностей личность характерна для язвенной болезни желудка.

Жесткая, агрессивная, раздражительная личность («личность типа А» по F.Dunbar) подвержена коронарным заболеваниям.

Подавляемый гнев, чувство вины за враждебные импульсы, потребность в одобрении со стороны авторитетных лиц в условиях хронического стресса приводит к эссенциальной гипертонии.

Хронический, либо значительный стресс (смерть любимого человека), гневливость или депрессия обуславливают болезни соединительной ткани: системная красная волчанка, ревматоидный артрит.

Сдерживаемый гнев при воздействии множественных психосоциальных стрессов (конфликты в сексуальных отношениях, смерть любимого) может привести к экземе, нейродермиту.

Состояние фрустрации характерно больным с легочным туберкулезом, который плохо поддается специфическому лечению. Психическое напряжение и тревожно-депрессивное состояние возникает у таких больных за месяцы до начала туберкулеза.

У ряда больных с проявлениями невроза страха или невротической депрессии развивается бронхиальная астма, безуспешно лечаемая одними антиастматическими средствами. В таких случаях имеет успех психотерапия и психофармакотерапия.

Тревожно-депрессивная симптоматика после тяжелой психической травмы, выявляется в продроме злокачественных опухолей.

Модель конверсионного невроза З.Фрейда предполагает, что вытесненный конфликт выражается различными физическими признаками – конверсионными расстройствами. Если в начале – середине XX века наиболее частыми конверсионными расстройствами были двигательные нарушения (параличи, парезы, припадки, астазия-абазия, мутизм), либо анестезия, гиперестезия и др., то в настоящее время эти расстройства проявляются болью и соматическими нарушениями.

В развитии неврозов (психогенные невротические личностные расстройства) можно выделить следующие этапы: невротическая реакция – невроз – невротическое развитие личности (расстройство личности или психопатия). Каждый из этих этапов сопровождается соответствующими соматовегетативными (вегетативные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные, чувствительные, двигательные, сексуальные, диссомнические и интрасомнические) и аффективными расстройствами. В развитии психосоматических заболеваний, где на первом плане стоит соматическая патология, можно также выделить три группы расстройств с нарастающей степенью тяжести: расстройство системы организма в форме эпизодов (симптомов) после эмоционального стресса – функциональные расстройства системы организма значительной продолжительности (возникают вслед за эпизодическими нарушениями, либо первично) – психосоматические болезни той или иной системы организма. При этом функциональные расстройства значительной продолжительности и, особенно, психосоматические заболевания протекают на фоне значительных личностных расстройств. Поэтому исследование личности больного при изучении психосоматических болезней имеет первостепенное значение. H.F.Dunbar (1938), F.Alexander (1943) и другие психоаналитически ориентированные врачи создают психологические профили при определенных психосоматических заболеваниях, что в отечественной медицине, со времен П.Б.Ганнушкина и О.В.Кербикова, соответствует клинко-описательному подходу в изучении психопатических личностей.

На современном этапе не вызывает сомнения возможность возникновения в условиях психоэмоционального стресса определенной соматической патологии.

Заподозрить психосоматическое заболевание позволяет (Н.Еу, 1952):

1. Наличие определенных личностных особенностей, прежде всего в рамках акцентуации или психопатического склада.
2. Биография богатая «кризисными событиями».
3. Наличие семейного предрасположения к определенным болезням.
4. Развитие соматических и психических расстройств в форме фаз, т.е. их периодичность.
5. Явная тенденция к появлению или усилению соматической или психической патологии в критические периоды жизни.
6. Существование у пациента сексуальных проблем.
7. Сочетание ряда вышеперечисленных признаков у одного лица.

Это так называемый патографический подход, когда история жизни личности и история болезни рассматривается в совокупности, а не отдельно.

При лечении больных с психосоматическими расстройствами главное место должно отводиться психотерапии и психофармакотерапии. Выбор метода психотерапии соотносится с личностью больного и его болезнью. Психофармакотерапия назначается с учетом психического статуса и, как правило, включает в себя антидепрессанты, положительно воздействующие на депрессию и тревогу. В последнее время делается акцент на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (золофт, паксил, ципрамил, циталопрам, прозак и др.), длительное использование которых позволяет получить стабильную нейромедиацию серотонина в головном мозге больного, без возникновения синдрома зависимости.

Таким образом, в психосоматической медицине лозунг «лечить больного, а не болезнь...» является основополагающим и меняющим в корне терапевтическую соматогенно ориентированную тактику, на личностно ориентированную психотерапию и психофармакотерапию.

РАННИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ. ВАРИАНТЫ НЕВРАСТЕНОПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКИ. ТИПЫ ПСИХОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ. ОСНОВЫ ТЕРАПИИ

Колягин В.В.

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

Психоэмоциональный стресс выполняет роль пейсмекера в патогенезе ранних форм хронической церебральной ишемии (РФХЦИ). Причиной эмоциональных напряжений у человека является урбанизация, информационные перегрузки, дефицит времени, ускорение темпа жизни. Это усугубляется массивными социальными проблемами экономического разлада психологической нестабильности в стране. В таких условиях могут нарушаться механизмы адаптации организма, что приводит к церебральным и сомато-вегетативным расстройствам.

В состоянии психоэмоционального напряжения происходит активация симпатoadреналовой системы, увеличивается выработка гормонов, в том числе катехоламинов, повышается систолическое артериальное давление, нарушается липидный и углеводный обмен – это основные звенья патогенеза артериальной гипертензии и атеросклероза. Активация симпатoadреналовой системы является наиболее ранним звеном в цепи биохимических сдвигов, приводящих к артериальной гипертензии и атеросклерозу. Активация симпатoadреналовой системы проявляется неврастеноподобной симптоматикой в виде изменения самочувствия с повышенной утомляемостью, истощаемостью, головными болями, головокружением, нарушениями сна, эмоционально-волевыми и дисмнестическими расстройствами, зависимостью состояния от внешних воздействий (физические и психические нагрузки, метеотропные и барометрические факторы).

У 220 больных с РФХЦИ выявлена появившаяся на фоне церебральной сосудистой патологии неврастеноподобная симптоматика, представленная тремя вариантами (стадиями): гиперстенический, смешанный (раздражительная слабость), гипостенический. У подавляющего большинства больных с РФХЦИ (93%) сосудистая неврастеноподобная симптоматика имела признаки гиперстенического и смешанного (25% и 68% соответственно) вариантов.

Нами выделено 5 типов психогенного реагирования после психотравмирующей ситуации у больных с РФХЦИ:

1. Истероформно-дистимический. Длительное ухудшение настроения («аффективный эмбол» по Э.Я.Штернбергу, 1966, или «застывание аффекта» по В.С.Лобзину, 1990) в сочетании с истероформной симптоматикой в виде «комка» в горле, либо миастеноподобными (преходящая слабость в конечностях) или тикообразными (подергиваниями мышц лица, тела) проявлениями.

2. Истероформно-депрессивный. Истероформные реакции в сочетании с недлительным тревожным оттенком настроения.

3. Истероформный.

4. Дистимический. Длительное ухудшение настроения.

5. Депрессивный. Непродолжительное по времени тревожно-депрессивное состояние.

Частота этих пяти типов психогенного реагирования у больных с РФХЦИ была следующей:

Истероформно-дистимический – 46,2%. При этом выявлено увеличение частоты представленности такого варианта реагирования по мере утяжеления сосудистой неврастеноподобной симптоматики от гиперстенической к смешанной и к гипостенической стадии – 43,6%, 45,4% и 63,6% соответственно. При возрастающей кардиальной соматизации аффекта (боли в области сердца, возникающие после переживания) от 58,8% к 71,4% - 73,5% соответственно.

Истероформно-депрессивные реакции отмечались у 18,4% больных с РФХЦИ. Частота подобных реакций уменьшалась по мере нарастания сосудистой неврастеноподобной симптоматики (23,1%, 17,6%, 9,1% соответственно). Кардиальная соматизация аффекта как и в случаях истероформно-дистимического реагирования нарастала от гиперстенической к смешанной и к гипостенической стадии (11,1%, 63,2%, 100% соответственно).

Истероформный тип реагирования отмечался в 18,3% случаев и выявлялся только при гиперстенической и смешанной астении (кардиальная соматизация аффекта выявлена в 17,9% и 20,4% соответственно).

Дистимический тип реагирования выявлялся в 12%, причем только в случаях гипостенической стадии. Частота кардиальной соматизации аффекта достигала 80,2%.

Депрессивный тип (5,1% всех случаев) выявлялся только на стадии гиперстении и раздражительной слабости (смешанная астения). Кардиальная соматизация аффекта составляла 9,1% и 30,4%.

Таким образом, выявлено, что по мере утяжеления неврастеноподобной психопатологической симптоматики у больных с РФХЦИ уменьшается возможность истерического и депрессивного реагирования, в том числе в их сочетании, и увеличивается представленность дистимических (с длительным ухудшением настроения) реакций.

У больных с гипостенической невротоподобной симптоматикой при РФХЦИ имеет место «ограничение выбора» форм психогенных реакций (с 5 до 3). Депрессивные реакции полностью замещаются дистимическими, истероформные реакции полностью замещаются истероформно-депрессивными, которые в свою очередь замещаются, в подавляющем большинстве случаев, истероформно-дистимическими типами реагирования.

Из вышепредставленного можно сделать следующие выводы: первопричина возникновения РФХЦИ - психоэмоциональный стресс; на фоне сосудистой патологии формируется неврастеноподобный симптомокомплекс в виде трех вариантов (стадий): гиперстенического, смешанного (чаще), либо гипостенического. Неврастеноподобные симптомокомплексы проявляются различными типами психогенного реагирования в виде депрессивных, дистимических и истероформных проявлений, в том числе в их сочетании; при прогрессивности неврастеноподобного симптомокомплекса нарастает тяжесть аффективных (от депрессивных к дистимическим) и истероформных (к истероформно-депрессивным, а далее к истероформно-дистимическим) реакций; несвойственные преморбиду истерические и аффективные (депрессивные, дистимические) реакции, в том числе в виде их сочетаний, являются дезадаптирующими и способствуют утяжелению и прогрессивности церебрального сосудистого заболевания – «ситуация замкнутого круга» (стресс – реакция - болезнь с нарастающей неврастеноподобной симптоматикой); в фармакологический комплекс традиционными для РФХЦИ лекарственными средствами (оптимизаторы мозгового кровообращения, антиангегантные и антитромботические, гиполипидемические и ноотропные препараты) необходимо включать психотропную терапию антидепрессантами (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: золофт, паксил, ципрамил, циталопрам и др.), корректорами поведения, транквилизаторами, ГАМК-потенцирующими средствами (декапин-хроно 300, пантогам), позволяющими снизить психоэмоциональную тревожность и депрессию; психотерапевтический комплекс (необоснованно мало применяемый при цереброваскулярных заболеваниях (ЦВЗ)) является патогенетической терапией, способствующей купированию психоэмоционального напряжения и нормализации психоэмоционального состояния на этапах предболезни и болезни при ЦВЗ; отказ от психофармакологического и психотерапевтического комплекса не позволяет получить полноценный результат терапии РФХЦИ.

ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ ПО ДАННЫМ ТОРЗ, В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.

Корниенко В.Н.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии Иркутского государственного медицинского университета, Иркутск

Целью данного исследования было изучение психической ригидности у больных перенесших инфаркт миокарда в аспекте оптимизации психотерапии и реабилитации. Изучение осуществлялось клиническим методом с использованием Томского опросника ригидности Г.В.Залевского. Статистическая обработка материала осуществлялась с применением модулей программы MS Statistica 5.0. В исследование включались все больные (105 человек), поступавшие в отделение реабилитации больных перенесших инфаркт миокарда курорта "Ангара" за период январь - май 2002 гг. Направление больных было плановым после стационарного лечения через 21 день после диагностики острого инфаркта миокарда. Средний возраст пациентов составил 53,0 +7,7 года. Мужчин было 86 (82%) человек, средний возраст 53,0 +7,9 года; женщин 19 (18%), средний возраст 53,1 ±6,9 года.

Согласно оценке по шкале «симптомокомплекс ригидности» (СКР) Томского опросника ригидности (ТОР), отражающий склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения – персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму и собственно ригидности, значения показателей психической ригидности достигали высокой степени и составили в среднем 137,+24,6 балла (у мужчин 137,9+22,3 балла, у женщин 137,5+33,9 балла). По субшкале «актуальной ригидности» (АР), характеризующей ригидность в собственном или узком смысле – неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т.п., выявлен также высокий уровень показателей - в среднем 36,7+9,8 балла (у мужчин 36,3+9,0 балла, у женщин 38,5+13,0 балла). По шкале «сенситивной ригидности» (СР), отражающей эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, возможно, страх перед новым, своего рода неophobia, уровень проявления психической ригидности достиг также высокой степени и составил в среднем 42,9+11,7 балла (у мужчин 42,9+11,5 балла, у женщин 42,7+13,0 балла). По шкале «установочной ригидности» (УР), отражающей личностный уровень проявления психической ригидности (ПР), выраженный в позиции, отношении или установке на принятие – непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек и т.п., средний балл уровня психической ригидности достигал умеренной степени выраженности и составил 28,0+6,7 (у мужчин 28,5+6,8 балла, у женщин 26,0+6,0 балла).

Невысокие баллы выявлялись по шкале «ригидности как состояния» (РСО), свидетельствующей о том, что в состоянии страха, стресса (дистресса), плохого настроения, утомления или болезни человек в высокой степени склонен к ригидному поведению, которое в обычных условиях такого поведения он может не проявлять. Также низкими оказались баллы по шкале «преморбидной ригидности» (ПМР), отражающей преморбидную склонность к затруднениям в ситуациях перемен, требующих принятия решений, нового подхода.

Таким образом, у больных после ИМ, в раннем реабилитационном периоде выявляется высокая склонность к широкому спектру фиксированных ригидных форм реагирования и поведения - персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму и собственно ригидности, неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания. Такое состояние не обнаруживается в структуре преморбидной личности больных («преморбидная ригидность») и не является привычной формой реакции на стресс («ригидность как состояние»). Учитывая типичность этого явления среди контингента лиц перенесших ИМ, можно предположить, что усиление ригидных установок является одним из существенных элементов стратегии преодоления и психологической защиты при данной патологии.

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ОСНАЗ (отдела специального назначения)

Косова Е.Г., Колосницына Г.Н., Москалев В.И., Конопак И.А.

Иркутский государственный университет, Областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Проблема активной диагностики дезадаптивных состояний у сотрудников ОСНАЗ в связи со спецификой служебной деятельности становится все более актуальной. Условия службы в данном подразделении предъявляет повышенные требования к состоянию физического и психического здоровья сотрудников, так как их деятельность связана с частыми командировками в зоны боевых действий. Каждый сотрудник, работающий в этом подразделении, имеет от 2 до 7 командировок за время служебной деятельности. В этой связи в центре психодиагностики военно-врачебной комиссии проводятся профилактические осмотры, основанные на динамическом наблюдении сотрудников до и после командировок в зоны боевых действий. Цель проведения психопрофилактических осмотров – выявление дезадаптивных состояний у сотрудников, так называемой «группы риска».

Необходимо подчеркнуть, что сотрудники испытывают заметные психологические проблемы как в период непосредственного воздействия экстремальных факторов, так и в период реадaptации к обычным условиям службы после возвращения из командировок в «горячие точки». При этом речь не всегда идет о клинически выраженных проявлениях дезадаптации, требующих либо немедленной госпитализации, либо увольнения из системы УИС. Нарушения чаще всего проявляются поведенческом уровне в виде пониженного настроения, тревожности, напряженности, беспокойстве, повышенной эмоциональной лабильности, растерянности, чувства собственной неполноценности, зависимости, раздражительности, злоупотребления алкоголем, конфликтности в семье и на работе. Следует отметить, что сотрудники при обследовании стремятся скрыть реально существующие проблемы. Поэтому важной задачей является выявление дезадаптивных состояний на ранних этапах возникновения.

Из методов психодиагностического обследования наиболее широко применяются следующие: психодиагностическое интервью, УНП (определение уровня психопатизации и невротизации), личностный опросник СМИЛ, метод цветовых выборов Люшера.

По результатам обследования сотрудников ОСНАЗ выделены следующие особенности: до поездки в командировку – по тесту СМИЛ основные пики в профиле 4, 9; по тесту Люшера на первых позициях в большинстве выборов находятся зеленый, красный, желтые цвета; по тесту УНП нормативные показатели психопатизации и невротизации. Это свидетельствует о социальной активности, уверенности в себе, устойчивости эмоционального фона, оптимистичности, самостоятельности в поступках.

После поездки в командировку характерной особенностью является повышение пиков по шкалам F, 2, 9,4, что отражает склонность к перепадам настроения, циклотимный вариант реагирования, создает риск алкоголизации, усиление асоциальных тенденций, низкий самоконтроль.

Результаты теста Люшера подтверждают результаты тестирования этих сотрудников по тесту СМИЛ. На первых позициях в большинстве выборов находится фиолетовый цвет в сочетании с зеленым, что указывает на импульсивность, вспыльчивость, обидчивость, ригидность установок, ощущение опасности, сверхчувствительность к критике. Красный и желтый цвета смещаются на последние позиции и свидетельствуют об эмоциональной лабильности, истощаемости, ощущении бесперспективности.

По тесту УНП возрастают показатели психопатизации и невротизации, которые подтверждают повышенную эмоциональную возбудимость, тревожность, напряженность, раздражительность, агрессивные реакции.

Таким образом, результаты наших исследований показывают, что после командировок в зону боевых действий у большинства обследуемых наблюдаются признаки посттравматического стресса низкой способности к адаптации. Причем, каждая последующая командировка резко снижает адаптационные возможности сотрудников, поэтому нежелательно от-

правлять сотрудников в зону боевых действий более 2 раз без реабилитационных мероприятий.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

Кравчук Л.А., Миронова Н. Н., Щербакова Е. А.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Иркутск

Гормональные изменения, связанные с менопаузой, оказывают влияние на органы как репродуктивной, так и других систем, в том числе и центральной нервной системы. Целью исследования явилось изучение психоэмоционального состояния женщин в климактерическом периоде.

Методы исследования: анкетирование, статистическая обработка данных с использованием программы Statistica 6.0

Опрошено 424 женщины в возрасте от 40 до 69 лет, проживающих в г. Иркутске. Средний возраст опрошенных составил 50, $4 \pm 7,9$ лет. В анкету вошли 50 вопросов, характеризующих социальное, семейное положение, психо – эмоциональное, соматическое состояния и выраженность климактерических симптомов по шкале оценки тяжести для пациенток. Для оценки психоэмоционального состояния использовался психологический тест Чудновского, состоящий из 9 вопросов. Все женщины были разделены на 3 группы: 55 женщин в позднем репродуктивном периоде, 139 женщин в перименопаузальном и 198 женщин – в постменопаузальном периодах 55 женщин в позднем репродуктивном периоде.

По результатам анкетирования выявлено, что психо-эмоциональное состояние женщин в климактерическом периоде достоверно ухудшается по сравнению с поздним репродуктивным периодом. При этом удовлетворительный результат встречается примерно в половине случаев независимо от периода, тогда как количество неудовлетворительных результатов достоверно увеличивается в 2 раза в постменопаузе в сравнении с поздним репродуктивным периодом.

Проведён анализ взаимосвязи между образованием, трудовой активностью, семейным положением, оценкой отношений с детьми, половой активностью и психоэмоциональным состоянием. У женщин в позднем репродуктивном периоде нами выявлены достоверные ($p < 0,001$) связи психоэмоционального состояния с семейным положением, половой активностью и оценкой отношений с детьми. Тогда как у женщин перименопаузального периода достоверных связей между психоэмоциональным состоянием и данными факторами не выявлено. У женщин перименопаузального периода имеется прямая связь результатов психологического тестирования и тяжести климактерического синдрома ($p < 0,01$, коэф. корр.=0,94).

Таким образом по результатам анкетирования сделаны следующие выводы:

- 1.Психоэмоциональные нарушения часто встречаются у женщин в климактерии и составляют 80 %.
- 2.Течение климактерического периода характеризуется прогрессирующим ухудшением психоэмоционального состояния.
- 3.Тяжесть климактерического синдрома является определяющим фактором психоэмоционального состояния женщин в климактерии.

МОДЕЛЬ СТРЕСС-ДИАТЕЗА КАК СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Куряченко Ю.Т., Якимова В.И.

Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск

К настоящему времени единственной и доказанной причины рассеянного склероза (РС) не установлено, а определены лишь отдельные факторы, играющие роль условий, поэтому РС относят к разряду мультифакториальных заболеваний. Эти заболевания обусловлены взаимодействием факторов внешней среды и наследственной предрасположенностью (Завалишин И.А., 2000). Мультифакториальные болезни при всем их разнообразии характеризи-

ют некоторые общие черты: высокая частота в популяции, существование клинических форм, образующих непрерывный ряд от скрытых субклинических форм до резко выраженных проявлений; несоответствие закономерностей наследования простым менделевским моделям (Лильин Е.Т., Богомазов Е.А., 1990). РС полностью соответствует этому определению, тем более, что нет никаких прямых достоверных данных, доказывающих инфекционную природу РС (Уманский К.Г., 1986; Завалишин И.А., 1996).

В этой связи получение информации о сопряженности различных конституциональных признаков, как прогностических, так и констатирующих, с возникновением мультифакториальных заболеваний – один из подходов для реализации феногенетического анализа РС. Признавая мультифакториальность РС, было бы недостаточно решать эту проблему только в рамках биологической концепции, без учета значения психосоциальных факторов.

Наиболее полно обобщает клинические данные и отдельные факторы и концепции о природе РС, предлагаемая нами модель стресс-диатеза, основным компонентом которой является психическая травматизация и особенности личностно-характерологического и соматопсихологического преморбиды. Развиваемая в рамках психосоматической парадигмы она не противоречит, а скорее правильно ориентирует существующую аутоиммунную концепцию РС. Доказано, что психические расстройства невротического регистра находят свое отражение в изменениях регуляторного иммунного гомеостаза (Морозов Г.В., Лаврова Т.Н. и др., 2000). В реальности не существует изолированных психических, физиологических, биохимических и иммунных процессов. Эти изменения можно рассматривать только в качестве своеобразных характеристик единого психобиологического то есть психосоматического процесса. С этих позиций психосоциальные стрессы следует рассматривать в качестве вероятных провоцирующих факторов в отношении дебюта и обострений РС. Биологической составляющей этого процесса у больных РС является дизэмбриогенез на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса в качестве конституционально обусловленного *locus minoris resistentia*, поскольку эмоциональный дистресс у больных РС выше, чем при других хронических заболеваниях. Поэтому психосоциальные стрессы превышают уровень адаптивных возможностей именно у данной категории и приводят к заболеванию РС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА НА ОРГАНИЧЕСКУЮ И ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Куряченко Ю.Т., Якимова В.И., Михайленко О.И., Сычева М.А.
Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск
Муниципальная клиническая больница № 34, Новосибирск

В оценке клинической картины рассеянного склероза (РС) акцент обычно ставится на очаговой неврологической симптоматике. Отмечаемые при этом эмоциональные и когнитивные нарушения считают вторичными, реакцией на тяжелое заболевание или следствием очагового поражения структур головного мозга.

Целью исследования является оценка удельного веса органической и «функциональной» составляющей в клинике РС.

Исследованы результаты использования высоких доз метилпреднизолона (МП) 1 г в/в, ежедневно, в течение 5 дней, на клиническую картину больных РС в стадии обострения.

Под наблюдением находились 20 женщин с ремиттирующим течением РС, средний возраст которых составил 38 лет, средняя продолжительность болезни – 5 лет, средний показатель по шкале Куртцке (EDSS) – 6,2.

Кроме стандартного клинического метода с описанием органической, неврологической, очаговой симптоматики, усилия были направлены на оценку эмоционального компонента клинической картины, что достигалось наблюдением, сбором психологического анамнеза, использованием теста ММРІ, шкалы оценки депрессии Гамильтона. Больные обследованы клинически и психологически трижды – при поступлении, после лечения МП и два месяца спустя.

В качестве контроля по той же схеме обследованы 20 женщин, больных остеохондрозом с выраженным болевым синдромом и нарушениями опорно-двигательного аппарата, не принимавших стероиды.

До и после лечения МП у больных РС по всем тестам были более высокие показатели шкал тревоги и депрессии, чем у контроля. Однако, разделение больных РС на подгруппы с большим и меньшим уровнем шкалы IQ теста ММРІ, позволило обнаружить корреляцию соответственно с большим или меньшим уровнем беспокойства-тревоги, депрессии и личностной сверхчувствительности.

Заключение:

1. Терапия метилпреднизолоном значительно уменьшает очаговую неврологическую симптоматику, но практически не влияет на эмоциональный статус, что свидетельствует о первичности эмоций, их ведущей роли в патогенезе РС, как психосоматического заболевания.

2. Отмеченный четкий параллелизм между степенью когнитивного снижения и выраженностью аффективных расстройств иллюстрирует влияние эмоций на когнитивные функции.

3. Динамика аффективного компонента болезни является критерием прогноза течения и исхода РС.

ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Лапочкина Н.П., Круглова М.Л.

ГОУ ВПО Ивановская Государственная Медицинская Академия, МЗ РФ, Иваново

Развивающаяся под влиянием различных фрустрирующих факторов дисгармония регулирующих отделов гипоталамуса и репродуктивной системы является непосредственной предпосылкой для развития патологического процесса в молочных железах (Сидоренко Л.Н., 1984).

Целью исследования явилось оценить психологическое состояние, вегетативную нервную систему и их взаимосвязь у больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ).

Были обследованы 300 женщин, 150 из них с ДЗМЖ на фоне гинекологической патологии (исследуемая группа), 150 - с гинекологическими заболеваниями без патологии молочных желез (контрольная группа) в возрасте $40,9 \pm 3,5$ лет. Всем женщинам проведено психологическое обследование с помощью методов: СМИЛ, цветовых (МЦВ) и портретных выборов (МПВ), адаптированных Л.Н. Собчик (1990), Толерантской алекситимической шкалы (ТАШ), личностной и ситуационной тревожности методом Ч.Д. Спилбергера. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) исследовали с помощью вариабельности сердечного ритма (ВРС) на аппарате фирмы «Нейрософт», тип прибора – «Нейрон-Спектр1».

У пациенток с ДЗМЖ были выявлены психологические особенности:

По данным метода СМИЛ: хроническая (пики 7 и 8 шкалы) дезадаптация вплоть до тревожной депрессии (пики 7 и 2 шкалы) на фоне повышенной конституционально обусловленной личностной тревожности, пессимистичности, импульсивности (2874-/-). Среди больных с ДЗМЖ при миоме матки отмечался сниженный фон настроения (24/9); при эндометриозе - хроническая дезадаптация (27-/-) с реализацией внутреннего конфликта по психосоматическому варианту; при кистах яичников - раздражительность и склонность к психосоматическим реакциям (пик 6-й шкалы); при НМФ - конституционально обусловленная высокая тревожность с повышенным самоконтролем и соматизацией тревоги (профиль 1'7 -/). По данным МЦВ: предрасположенность к психосоматическим реакциям, (+2+0) трудности межличностного общения (10,53%). По данным МПВ: (S=h+!s-!) развитое чувство вины (11,11%), (P=e-hy0 и P=e+hy0) страх (13,33%), (Sch =k+p+) обращенность в мир внутренних переживаний (8,89%), (Sch =k+p0) нарушенное доверие к окружающим людям (6,67%). По данным ТАШ: высокий показатель алекситимии. В структуре пациенток с ДЗМЖ высокий показатель алекситимии (больше 72 баллов) чаще имел место у больных с гинекологиче-

ческой патологией: эндометриоз (71,4%), воспалительный процесс гениталий (57%), киста яичника (45%), миома матки (30,3%), гиперплазия эндометрия (25%), НМФ (19,05%).

По данным исследования ВРС функциональное состояние организма женщин удовлетворительное и напрямую взаимосвязано с алекситимией ($R=+0,307$). Имеются признаки вегетативной дисфункции в виде относительного снижения вегетативного обеспечения.

Таким образом, конституционально обусловленная высокая тревожность и предрасположенность к психосоматическим реакциям, вегетативная дисфункция, связанная с алекситимией, являются предрасполагающими факторами возникновения ДЗМЖ, а последние – психосоматическими заболеваниями.

УРОВЕНЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ, СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ

Луковникова Т.Н., Собенников В.С.
Кафедра психиатрии ИГМУ, Иркутск

Психоземotionalные факторы оказывают существенное влияние на проявления алиментарного ожирения. Неблагоприятным вариантом, способствующим развитию сопутствующих психосоматических дисфункций, является абдоминальное ожирение. Известно, что тревога и тревожность тесно связаны со стрессом. Личностная тревожность характеризует уязвимость (или устойчивость) к воздействию различных стрессоров. Важным звеном, определяющим переносимость организмом эмоциогенных воздействий и эмоциональную устойчивость, является активность симпатических и парасимпатических регуляторных механизмов обеспечения сердечной деятельности (А.В. Бобровский с соавт., 2003).

Целью работы было определение стрессоустойчивости, уровня тревоги и состояния вегетативной нервной системы у больных ожирением по сравнению с контрольной группой, а также у больных абдоминальным ожирением при сравнении со здоровыми и больными другими формами ожирения. Использовались методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге и тест Спилбергера-Ханина. Указаны только значимые результаты ($p < 0,05$).

В исследовании принимали участие 82 женщины с ожирением (индекс массы тела - ИМТ >30), из них с абдоминальным ожирением – 46, в возрасте от 21 до 49 лет. В контрольную группу вошли женщины с ИМТ от 19,0 до 24,0, той же возрастной категории.

Обнаружено снижение степени сопротивляемости стрессу при ожирении по сравнению с группой контроля. Тест Спилбергера-Ханина показал, что больные ожирением отличаются более высоким уровнем личностной тревожности (УЛТ). При этом выявлены значимые различия в УЛТ между группами больных абдоминальным ожирением и больными другими формами ожирения. При изучении вегетативной нервной системы (ВНС) с помощью индекса Кердо, у больных абдоминальным ожирением отмечена преимущественно симпатическая направленность вегетативных сдвигов в работе сердечно-сосудистой системы (ССС) по сравнению с больными другими формами ожирения и группой здоровых. Это совпадает с данными Исаева И.В. (2000) обнаружившего более значительное усиление симпатических влияний и напряженность регуляторных механизмов у лиц с исходно высоким УЛТ. Кроме того, при абдоминальном ожирении в других системах выявлялись некоторые признаки активации парасимпатической системы (гипергидроз, красный дермографизм, гиперсаливация).

Можно предположить, что симпатикотония при абдоминальном ожирении обусловлена следующими механизмами. Стресс активизирует работу симпато-адреналовой системы, одним из гормонов которой является кортизол. Есть данные о положительной корреляции между УЛТ и концентрацией кортизола [А.А. Подколызин с соавт., 2002]. Низкая стрессоустойчивость, а также снижение чувствительности гипоталамо-гипофизарной зоны к действию кортизола в возрасте после тридцати лет, приводит к гиперкортицизму [Н.В. Пономарева с соавт., 2001]. Жировая ткань абдоминальной области, так называемая кортизолзависимая жировая ткань, имеет высокую плотность рецепторов к кортизолу и относительно низ-

кую к инсулину [О.В. Достовалова, 2004]. Кортизол стимулирует кортизол-зависимую липопротеиновую липазу (ЛПЛ) на капиллярах жировых клеток верхней половины туловища, брюшной стенки и висцерального жира. В результате увеличивается отложение жира, развивается гипертрофия жировых клеток и столь характерное абдоминальное ожирение. Гипертрофия адипоцитов приводит к уменьшению плотности рецепторов к инсулину на их поверхности и тем самым, усугублению инсулинорезистентности (ИР). Кроме того, и сама жировая ткань обладает эндокринной функцией, вырабатывая вещества, способные вызывать ИР [М.В. Подобед, 2004]. А ИР в свою очередь приводит к гиперинсулинемии (ГИ). При ожирении компенсаторная ГИ, возникающая на фоне снижения чувствительности к инсулину, приводит к значительному росту активности центральных ядер симпатической нервной системы (СНС), которая функционально направлена на увеличение уровня энергетических затрат в соответствии с уровнем энергетических субстратов, имеющихся в организме (Landsberg L., 1986). Однако в условиях ИР гиперактивизация СНС способствует появлению артериальной гипертонии за счет симпатической стимуляции сердца, сосудов и почек. В результате развиваются сопутствующие заболевания, которые являются дополнительным стрессом. Формируется порочный круг, центральным звеном которого может выступать низкая стрессоустойчивость и повышенная тревожность. Психотерапия, направленная на формирование навыков управления стрессом и решение внутренних проблем больных, в таких условиях, имеет патогенетическое значение и должна применяться наряду со специфическими методиками, оптимизирующими пищевое поведение.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Медведева Л.А., Гнездилов А.В., Загорюлько О.И., Сыровегин А.В.

Российский научный центр хирургии, РАМН, Москва

Психопатологические состояния в рамках психосоматических расстройств относятся к наиболее часто встречающимся формам психических нарушений. Применение психотропных средств сопряжено с определенными сложностями, которые обусловлены свойствами психотропных препаратов. Мексидол (2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинат), обладая широким спектром психотропной активности, является абсолютно безопасным и может широко использоваться в общей медицинской практике.

Цель исследования. Оценка эффективности терапии мексидолом больных с тревожными нарушениями невротического уровня. В исследование были включены больные с тревожными проявлениями в виде основного или комбинированного психопатологического синдрома – 30 человек. Возраст пациентов – 31-40 лет, длительность заболевания – до года. Мексидол назначался по 125 мг три раза в сутки, 4 недели. Состояние больных оценивалось до лечения и далее еженедельно. Выраженность клинической симптоматики регистрировалась с использованием шкал Гамильтона и Шихана, «шкалы глобального клинического впечатления», «короткой шкалы оценки познания», дневника самонаблюдений пациента. Исходный суммарный балл по шкале Гамильтона составил $24,6 \pm 2,4$, по шкале Шихана – $5,5 \pm 1,4$, суммарная оценка страха – $39,4 \pm 4,2$, а суммарная оценка поведения избегания – $16,4 \pm 2,8$. По шкале «глобального клинического впечатления» средний показатель тяжести панического расстройства – $3,9 \pm 0,94$ балла. При оценке состояния с применением «короткой шкалы оценки познания» фоновые показатели были 4,5–5 (по 7-балльной шкале). В ходе исследования установлено наличие у мексидола противотревожного действия (по шкале Гамильтона – позитивная динамика тревожных проявлений: $17,9 \pm 0,56$ – после первой недели лечения, а по окончании – $7,6 \pm 0,45$ баллов). Терапия мексидолом приводила к редукции выраженности фобической симптоматики (снижение оценки полной фобии до $2,7 \pm 1,8$, суммарной оценки страха – до $17,5 \pm 9,4$, а суммарной оценки поведения избегания до $10,2 \pm 6,8$ к 14 дню лечения). По шкале «глобального клинического впечатления» положительный эффект наблюдался у 72,3 % пациентов: выраженное улучшение – у 50% больных, существенное – у 22,3%, незначительное улучшение – у 16,6%, без перемен – у 9,3%, ухудшение отметили 1,9% пациентов. Оценка дневника пациента свидетельствует, что терапия мексидолом при-

вела в большинстве случаев к значительному улучшению психопатологического состояния больных. У 14 пациентов (46%) использование препарата привело к полному прекращению панических атак; у 9 больных (29%) частота их возникновения снизилась на 50%. Мексидол оказался эффективным при неврастении (50% случаев значительного улучшения), а также при агорафобии, не сопровождавшейся паническими атаками. Хорошая анксиолитическая эффективность препарата была определена при ипохондрических расстройствах. Кроме собственно тревожного синдрома, при котором положительный эффект достигнут в 75% случаев, препарат оказался эффективным и при тревожно-астеническом синдроме. Значительное улучшение при сочетании тревоги с астеническим компонентом было зафиксировано у 62,5% больных. При оценке «короткой шкалы оценки познания», отмечено улучшение способности к концентрации внимания, улучшение кратковременной памяти. Все пациенты терапию мексидолом переносили хорошо, побочных эффектов препарата зарегистрировано не было. Таким образом, мексидол обладает отчетливым анксиолитическим действием, оказывает положительный эффект на интеллектуально-мнестическую сферу, хорошо переносится больными, что позволяет рекомендовать его применение при психоорганическом синдроме и ряде психосоматических заболеваний.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА

Новицкая Н.Н., Якубович А.И.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Псориаз традиционно относится к психосоматическим заболеваниям, представляющим собой соматические расстройства, возникающие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности психических воздействий, которым подвергались или подвергаются индивидуумы с данной нозологией в прошлом или в настоящее время. С тяжёлыми психическими потрясениями и выраженными негативными эмоциями развитие псориаза связывают более 50% больных, причём интервал между причиной и следствием у трети таких больных составляет около 2-14 дней, а у остальных – не более 3 недель (О.Л.Иванов с соавторами, 1999). Псориаз у большинства больных приводит к неблагоприятным психическим расстройствам депрессивного круга: тенденция к понижению настроения, тревожность, подавленность, расстройство сна и аппетита (А.Б.Рахматов, Р.Г.Школьник 1987).

Личностный профиль пациентов, страдающих псориазом, характеризуется снижением фрустрационной толерантности с фиксацией на фрустрирующей ситуации, страхом перед будущим, отрешённостью, замкнутостью, пассивной жизненной позицией, формированием алекситимии (В.П.Адаскевич, В.П.Дуброва 2003).

В рамках исследования качества жизни у больных псориазом, находящихся на стационарном лечении в клинике кожных болезней ИГМУ, затронут вопрос психоэмоционального статуса больных как одного из составляющих понятие “качество жизни”. В ходе исследования было опрошено 48 больных. При этом использовались опросники СКИНДЕКС - 29 и “ПСОРИАТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС НАРУШЕНИЙ”-PDI, а также индекс площади и тяжести псориазных поражений – PASI; сэлфордский псориазный индекс – СПИ.

Псориаз, особенно бляшечный и папулёзный с экссудативным компонентом с длительным, часто рецидивирующим, тяжёлым течением, существенно влияет на психоэмоциональный статус пациентов, что соответственно значительно снижает уровень качества жизни. Кроме того, необходимо отметить, что наибольшие изменения в психоэмоциональной сфере отмечены у лиц женского пола, проявляющиеся депрессивными настроениями, плаксивостью, безнадёжностью, тревогой.

Таким образом, представления врача о психологических особенностях и переживаниях конкретных больных псориазом, а также использование методов психотерапии могут помочь пациентам данного профиля осознать ценность собственной личности, научиться принимать себя таким, как есть, со своим заболеванием и в итоге повысить эффективность лечения.

О СОМАТОФОРМНОМ ВАРИАНТЕ ПТСР

Овчинников А.А., Наров М.Ю.

Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск

Согласно МКБ-10, ПТСР понимается как затяжная или отставленная реакция на интенсивное стрессовое воздействие. Частота расстройства составляет от 0,5-1,2% в общей популяции населения в мирное время, до 50-80% среди перенёсших тяжелый стресс. Обсуждается вероятность развития симптомов ПТСР не только у участников или непосредственных свидетелей стрессовых событий, но и при их просмотре по телевидению. Помимо тяжести стрессового фактора, существенную роль в развитии расстройства играет индивидуальная чувствительность к стрессу, определяемая как преморбидными личностными особенностями, так и соматическим фоновым состоянием. Другим дискуссионным аспектом является проблема коморбидности ПТСР. У большинства пациентов в течении заболевания появляются иные нарушения: тревожные, дистимические, депрессивные, аддиктивные, соматоформные или фобические. В зависимости от диагностической концепции, это сочетание осевых симптомов ПТСР и дополнительных психопатологических симптомов расценивается либо как клинические варианты ПТСР, либо как коморбидные расстройства. Особый интерес вызывают клинические варианты с фасадными соматоформными симптомами, которые маскируют диагностику осевых симптомов расстройства, что затрудняет применение адекватной терапии.

Обследовано 150 оперативных сотрудников МВД в возрасте от 24 до 32 лет, которые неоднократно бывали в служебных командировках в Чеченскую республику. Программа обследования включала клиничко-диагностическое интервью и специальные методики для диагностики ПТСР. В результате было установлено, что у 41% обследованных психопатологическая симптоматика отсутствовала, у 38% выявлялись клинические проявления, соответствующие диагностическим критериям расстройства адаптации, а в 21% случаев определялись патогномоничные для ПТСР симптомы (притупленность эмоций, общая тревожность, агрессивность, нарушения сна, нарушения концентрации внимания, навязчивые переживания стрессовых событий и др.). Среди всех лиц с ПТСР у 22% выявлялись выраженные соматизированные жалобы с преимущественной кардиологической и абдоминальной локализацией без соответствующей соматической патологии. В появлении соматоформных нарушений прослеживались нарушенные постстрессовым расстройством психосоматические взаимоотношения. Для пациентов с ПТСР характерной была психофизиологическая гипервозбудимость и алекситимия, обусловленная эмоциональной оцепенелостью. В таких условиях обычное эмоциональное напряжение приобретало характер соматизации, а склонность к тревожности способствовала фиксации подобных телесных сенсаций. Для соматоформного варианта, в отличие от других вариантов ПТСР, оказались характерными следующие особенности. Преморбидные качества личности характеризовались преобладанием акцентуации по психастеническому типу с тенденцией к тревожной мнительности. В ранний период не отмечалось выраженных симптомов острой реакции на стресс, а проявлений симпатического возбуждения и диссоциативной отстраненности. Развитие данного клинического варианта ПТСР характеризовалось тем, что чаще встречались случаи с отставленным манифестом расстройства до 6 и более месяцев. Полученные данные могут способствовать оптимизации диагностики и реабилитации пациентов с подобными расстройствами.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Павлова Е. В.

Уральский государственный университет, Екатеринбург

Ревматоидный артрит (РА) - это тяжелое хроническое заболевание, приводящее к деструкциям и деформациям суставов. Для пациента это болезнь, приносящая постоянные страдания, боль, чувство страха и безысходности, исключая человека из нормальной личной и общественной жизни. Кроме того, РА считается заболеванием психосоматической специфичности, т.е. в самом его генезе определенная роль отводится психологическому фактору.

Несмотря на это в условиях современного отечественного здравоохранения психологические аспекты РА практически не попадают в фокус внимания специалистов. С целью определения направлений для психологического содействия при РА нами проведено следующее исследование.

Было обследовано 36 больных с достоверным диагнозом РА: клиническая беседа, цветовой тест М. Люшера; Торонтская алекситимическая шкала; тематический апперцептивный тест; методика косвенного измерения системы самооценок; методики «Незаконченные предложения» и «Рисунок человека».

Определялось изначально наличие базового внутриличностного конфликта, связанного приобретенной пациентами в детском возрасте установкой на подавление своих враждебных чувств. Он получает возможность разрешения с возникновением РА -болезнь приводит к сужению активности социальных контактов, снижению самовыражения и самореализации и тем самым к уменьшению возможностей для возникновения агрессивных тенденций в процессе общения, которые индивид привык жестко контролировать. Но, в свою очередь, заболевание также вносит известные ограничения в жизнь пациента и вызывает переструктурирование иерархии ценностных и мотивационных установок личности - возникает актуальный в ситуации заболевания мотивационный конфликт, сопровождающийся высокой эмоциональной напряженностью, наличием различных страхов (страх возникновения обездвиженности, страх одиночества и пр.), негативным образом будущего.

На основании проделанной работы можно считать обоснованной необходимость включения психологической работы в систему лечения и реабилитации больных РА, которая ставит целью научить пациентов адекватному совладанию с болезнью, более активному ее принятию, посредством активизации внутренних потенциалов и психических ресурсов, не в полной мере используемых больными.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ (АЛГИИ, СЕНЕСТОАЛГИИ, СЕНЕСТОПАТИИ). ИХ МЕСТО В КЛИНИКЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Петрунько О.В., Иванова Л.А.

ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

Актуальность исследования.

Одной из характерных особенностей современного патоморфоза депрессивных расстройств является тенденция к соматизации (Вертоградова О.П., 1984; Lipowski Z.J., 1990; Kirmayer L. et al., 1993). Появляется большое количество стертых, скрытых, субклинических и атипичных форм депрессии, а также видоизменение ее «классических» вариантов (Вертоградова О.П., 1984), в том числе с наличием в структуре депрессии разнообразных патологических телесных ощущений.

В современных классификациях психических и поведенческих расстройств (МКБ-10, DSM-IV-TR) разнообразные патологические телесные ощущения вне рамок шизофрении попадают под разделы рубрики «соматоформные расстройства» (СФР). В качестве самостоятельной клинической категории термин «соматоформные расстройства» впервые был введен в DSM-III (1980) и включает психопатологические нарушения, которые обнаруживают сходство с соматической патологией, при этом последняя исключается при целенаправленном объективном обследовании. СФР определяются как соматическая симптоматика, не подтверждаемая убедительными клиническими данными и необъяснимая в своем происхождении ни одним из известных физиологических механизмов.

Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются наиболее часто встречающимися психическими расстройствами в общемедицинской сети и в популяции в целом (Kirmayer L.J. et al., 1993; Maier W., Falkai P., 1999). Данные расстройства часто бывают сочетанными (Gureje O. et al., 1997; Lenze E.J. et al., 1999; Allen L.A. et al., 2001; Price J.S., 2004). Взаимоотношение между СФР, депрессией и тревогой не вполне ясно (Gureje O., 1997). В современных классификациях психических и поведенческих расстройств расстройства настроения, тревожные и соматоформные расстройства рассматриваются в разных рубриках. Между тем в зарубежной и отечественной литературе обсуждается вопрос о связи со-

матоформных расстройств с депрессией, генерализованным тревожным расстройством, но без формулировки целостного представления (Smith G.R., 1992; Gureje O. et al., 1997). Неопределенно сформулировано значение депрессивной и тревожной симптоматики в структуре соматоформного расстройства; в разделе депрессивные расстройства (F32, F33 по МКБ-10) о наличии соматоформной симптоматики вообще не упоминается. Это затрудняет единую диагностическую оценку депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств и определение адекватной терапевтической тактики.

Цель исследования: доказательство единой диагностической оценки и эффективной лечебной тактики пациентов с депрессивным расстройством, генерализованным тревожным расстройством и наличием/отсутствием патологических телесных ощущений (алгий, сенестоалгий, сенестопатий).

Материал и методы исследования.

В работе приведены результаты комплексного исследования 191 пациента с депрессивным расстройством (депрессивный эпизод различной степени тяжести по МКБ-10 без психотических симптомов), из них 46 (24,1%) - с наличием алгий 4-х и более локализаций (алгический вариант соматизированного расстройства F45.0) – группа ДЭ+СР (исследование выполнила Петрунько О.В.), 65 (34,0%) – с моно-, би- и полилокальными патологическими телесными ощущениями в виде сенестоалгий, сенестопатий (неуточненное соматоформное расстройство F45.9) – группа ДЭ+НСФР (исследование выполнила Иванова Л.А.), 80 (41,9%) – без патологических телесных ощущений - группа ДЭ (исследование выполнили Петрунько О.В., Иванова Л.А.). Из исследования исключались пациенты, попадающие под рубрику F20.8 (МКБ-10), в том числе с вялотекущей (малопрогрессирующей) шизофренией в отечественной интерпретации с синдромом навязчивой (невротической), сверхценной (ограниченной) ипохондрии и сенестопатической шизофрении. Базой исследования послужили пограничные отделения Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1, Областной психоневрологический диспансер, территориальные поликлиники города.

В работе использована новая (оригинальная) технология в регистрации депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств на день «0» (до начала терапии) с последующей их группировкой в виде аффектограммы, а также принцип определения модальности гипотимии (тип депрессии), понятие вербализованного и невербализованного тоскливого аффекта (Бобров А.С., 2001, 2004). В оценки модальности сниженного настроения учитывалось наличие или отсутствие типичных жалоб на тоску и проявления перманентного тревожного расстройства в виде генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и/или флотирующей (бесфабульной) тревоги.

Проведена сравнительная статистическая обработка данных по трем группам больных: ДЭ+СР, ДЭ+НСФР и ДЭ с использованием критерия Стьюдента. Основным критерием эффективности терапии служила динамика исходного балла по шкалам депрессии Гамильтона (HDRS), Монтгомери-Асберга (MADRS) не менее, чем на 50%; шкала глобальной клинической оценки (CGI) с выраженной или значительной степенью редукции.

Результаты исследования.

К патологическим телесным ощущениям, в соответствии с данными литературы (Dupre E., Camus.P., 1907; Jahrreeiss W., 1930; Huber G., 1957; Glatzel J., 1974; Эглитис И.Р., 1977; Басов А.М., 1981; Суворов А.К., 1983; Собенников В.С., 1988) отнесены алгии, сенестоалгии, сенестопатии с отсутствием каких-либо существенных объективных изменений со стороны внутренних органов и систем. Приведем распределение патологических телесных ощущений в соответствии с их локализацией в группах больных ДЭ+СР, ДЭ+НСФР. Пациенты с депрессивным расстройством и алгиями имели от 4 до 7 локализаций патологических ощущений: голова (97,8%), грудная клетка (98,1%), конечности (73,9%), брюшная полость (73,9%), спина (65,2%), суставы (63,0%) и шея (32,6%). Значительно реже встречались алгии иной локализации, в том числе при мочеиспускании и менструации. Наиболее часто патологические телесные ощущения в группе больных ДЭ+НСФР выявлены в области головы (47,7%), грудной клетке, в том числе в области сердца (43,0%), конечностях (30,8%), значительно реже в брюшной полости (13,8%), шее (9,2%). В единичных наблюдениях патологические телесные ощущения отмечены в области спины (3,1%) и ротовой полости (1,5%). При этом, моноло-

кальные сенсации были представлены сенестоалгиями и сенестопатиями, би- и полилокальные – сенестоалгиями и комбинацией сенестоалгий с сенестопатиями. В группе больных ДЭ+СР в сравнении ДЭ+НСФР выявлена достоверно большая частота локализаций патологических телесных сенсаций в области головы ($p<0,001$), грудной клетке ($p<0,001$), конечностях ($p<0,001$), брюшной полости ($p<0,001$), спине ($p<0,001$), шее ($p<0,002$), ротовой полости ($p<0,004$) (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная частота (в %) локализаций патологических телесных сенсаций (алгии, сенестоалгии, сенестопатии) в группах больных с депрессивным эпизодом и соматизированным расстройством (ДЭ+СР) и депрессивным эпизодом с неутонченным соматоформным расстройством (ДЭ+НСФР)

Локализация	ДЭ+СР		ДЭ+НСФР		p
	абс.	%	абс.	%	
Голова	45	97,8	31	47,7	<0,001
Грудная клетка, в т.ч сердце	41	89,1	28	43,0	<0,001
Конечности	34	73,9	20	30,8	<0,001
Брюшная полость	34	73,9	9	13,8	<0,001
Спина	30	65,2	2	3,1	<0,001
Суставы	29	63,0	-	-	
Шея	15	32,6	6	9,2	<0,002
Лицевой скелет	-	-	2	3,1	
Ротовая полость	4	8,7	1	1,5	<0,004
Боль при мочеиспускании	2	4,3	-	-	
Боль при менструации	1	2,2	-	-	

Выделено 3 возможных варианта в феноменологической оценке патологических телесных сенсаций в группе больных ДЭ+НСФР. Среди сенестоалгий в группе больных ДЭ+НСФР отмечен элементарный или простой их вариант (ощущения типа «прокалывает», «простреливает», «сжимает») и сенестоалгии со склонностью к образным сравнениям и аналогиям - «тянет, как будто кол стоит в грудной клетке». Сенестопатии, как правило, имели термический оттенок («печет», «жжет»), могли сочетаться с дискретными сенестопатиями («комочек в груди давит»), либо больные прибегали к неологизмам в их определении («нехорошость в груди»), реже отмечались психосенсорные ощущения с признаками объемности, размерности («в голове разбухает»).

Сравнительная частота депрессивной симптоматики среди трех клинических групп больных приведена в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная частота (в %) депрессивных симптомов у больных с депрессивным эпизодом и соматизированным расстройством (ДЭ+СР), депрессивным эпизодом и неутонченным соматоформным расстройством (ДЭ+НСФР), депрессивным эпизодом (ДЭ)

Депрессивная симптоматика	Номер группы						Достоверность уровня различий		
	ДЭ+СР n=46		ДЭ+НСФР n=65		ДЭ n=80		Р	Р	Р
	абс	%	абс	%	абс	%	1-2	1-3	2-3

Легкий ДЭ	18	39,1	4	6,1	6	7,5	0,001	0,001	
Умеренный ДЭ	21	45,7	15	23,1	26	32,5	0,006		
Тяжелый ДЭ	7	15,2	46	70,8	48	60,0	0,001	0,001	
Тоскливая модальность	7	14,3	31	47,7	37	46,7	0,001	0,001	
Тревожная модальность	39	85,7	34	52,3	43	53,3		0,01	
Гипотимия	35	76,1	44	67,7	60	75,0	0,01		
Утрата интересов	34	73,9	62	95,4	78	97,5	0,001	0,001	
Повышенная утомляемость	46	100,0	63	96,9	74	92,5		0,03	
Нарушение концентрации внимания	30	65,2	41	63,1	54	67,5			
Сниженная самооценка	20	43,5	27	41,5	39	48,8			
Идеи виновности и уничижения	7	15,2	20	30,8	22	27,5	0,03	0,06	
Пессимистическое видение будущего	10	21,7	31	47,7	33	41,3	0,002	0,01	
Нежелание жить	12	26,1	24	36,9	26	32,5			
Нарушенный сон, в.ч.	42	91,3	63	96,9	73	91,3			
Ранняя инсомния	5	10,7	21	32,3	11	13,8	0,004		0,004
Средняя инсомния	11	23,9	5	7,7	6	7,5	0,008	0,005	
Поздняя инсомния	0		33	4,6	8	10,0			
Сочетанная инсомния	26	56,5	34	52,3	48	60,0			
Сниженный аппетит	30	65,2	52	80,0	64	80,0	0,04	0,03	
Соматический синдром	20	43,5	55	84,6	72	90,0	0,001	0,001	
«Свинцовый паралич»	15	32,6	13	20,0	12	15,0		0,01	

Для пациентов с ДЭ+СР оказалось характерным: статистически большая частота умеренного и легкого ДЭ; большая частота тревожной модальности гипотимии ($P < 0,001$). Анализ представленности трех типичных симптомов депрессии по МКБ-10 выявил отсутствие различий в частоте наличия жалоб на сниженное настроение во всех трех клинических группах (соответственно 76,1%, 67,7% и 75,0%). Наряду с этим, в группе больных ДЭ+НСФР и группе ДЭ отмечена достоверно большая частота жалоб на утрату интересов в структуре типичных депрессивных симптомов по сравнению с группой ДЭ+СР ($P < 0,001$). Напротив, повышенная утомляемость как один из типичных симптомов депрессии встречался в 100% больных группы ДЭ+СР и близким к 100% оказалась в остальных двух клинических группах (соответственно 96,9% и 92,5%), но с тенденцией к достоверной разнице между группами ДЭ+СР и ДЭ.

Среди всех трех клинических групп не выявлено достоверных различий в частоте таких дополнительных симптомов депрессивного расстройства по МКБ-10 из перечня «а-ж», как снижение сосредоточения внимания, сниженная самооценка и чувство уверенности в себе, мысли «желательности смерти», «нежелания жить», как следствие реакции на тягостное физическое и психическое состояние, без каких-либо идей или действий по самоповреждению, а также нарушения сна. Подтверждением большей тяжести депрессии в группах ДЭ + НСФР и ДЭ по сравнению с группой ДЭ+СР является высокая частота идей виновности и самоуничижения (соответственно $p < 0,03$ и $p < 0,06$), мрачного и пессимистического видения будущего ($p < 0,02$, $p < 0,01$). Отмечены достоверные различия в структуре расстройств сна: ранняя инсомния достоверно чаще встречалась в группах ДЭ+НСФР и ДЭ по сравнению с группой ДЭ+СР ($p < 0,04$). Снижение аппетита достоверно чаще выявлялось в группе ДЭ+НСФР и ДЭ ($p < 0,04$, $p < 0,03$), также как и соматический синдром ($p < 0,001$) по сравнению с группой ДЭ+СР и симптом «свинцового паралича» в виде чувства тяжести в руках, ногах или во всем теле достоверно чаще ($p < 0,01$) встречался в группе ДЭ+СР по сравнению с группой ДЭ.

Таким образом, для больных ДЭ+НСФР и ДЭ по сравнению с группой ДЭ+СР оказалось наиболее характерным: тяжелый ДЭ ($p<0,01$), тоскливая модальность гипотимии ($p<0,001$), значительно большая частота жалоб на утрату интересов в структуре ($p<0,01$) 3-х типичных симптомов депрессии, идеи виновности и самоуничижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, а также сниженный аппетит и достоверно большая частота наличия соматического синдрома ($p<0,001$). Кроме того, и для больных с ДЭ+НСФР выявлена большая частота ранней инсомнии по сравнению с группой ДЭ+СР и ДЭ ($p<0,004$).

Наличие перманентной тревоги в виде генерализованного тревожного расстройства по DSM-IV-TR (2000) отмечено в 100% случаях во всех 3-х клинических группах. Оценка ГТР в соответствии с критериями DSM-III-R (1987) выявила достоверно большую частоту этого варианта перманентной тревоги у больных с ДЭ+СР по сравнению с ДЭ+НСФР и ДЭ ($p<0,005$; $p<0,001$) (таблица 3). Наряду с этим, в группах ДЭ+СР и ДЭ+НСФР в структуре ГТР отмечена достоверно большая частота накопления симптоматики в блоке «Вегетативная гиперактивность» (вегетативная или соматическая тревога) по сравнению с группой ДЭ ($p<0,001$).

Среди сопутствующих расстройств в группе ДЭ+НСФР отмечена достоверно большая частота панического расстройства (ПР), в том числе симптоматически бедного ПР, по сравнению с 1-й и 3-й клиническими группами ($p<0,001$). Пароксизмальноподобная тревога (Бобров А.С., 2001) диагностирована лишь у больных в 2-й и 3-й клинических группах. ПР с агорафобией встречалось в группах ДЭ+СР и ДЭ+НСФР, агорафобия без ПР - у больных ДЭ+СР и ДЭ без статистически значимых различий в их частоте.

Таблица 3

Сравнительная частота (в %) тревожных симптомов у больных с депрессивным эпизодом и соматизированным расстройством (ДЭ+СР), депрессивным эпизодом и неуточненным соматоформным расстройством (ДЭ+НСФР), депрессивным эпизодом (ДЭ)

Тревожная симптоматика	Номер группы						Достоверность уровня различий		
	1 ДЭ+СР n=46		2 ДЭ+НСФР n=65		3 ДЭ n=80		Р	Р	Р
	абс	%	абс	%	абс	%	1-2	1-3	2-3
ГТР по DSM-III-R, в том числе	44	95,7	51	78,5	52	65,0	0,005	0,001	0,04
накопление симптомов в блоке «Вегетативная гиперактивность»	25	54,3	29	44,6	14	17,5		0,001	0,001
Флоттирующая тревога	6	13,0	10	15,4	15	18,8			
ПР,	7	15,2	22	33,8	9	11,3	0,01		0,001
в т.ч.симптоматически бедное ПР	1	2,2	10	15,4	3	3,8	0,01		0,007
Пароксизмальноподобная тревога	0		5	7,7	4	5,0			
ПР с агорафобией	4	8,7	7	10,8	7	8,8			
Агорафобия без ПР	5	10,9			5	6,3			

В ходе 4-6 недельной терапии тианептином (коаксил) пациентов с ДЭ+СР отмечено: заметное уменьшение интенсивности, утрата мигрирующего и генерализованного характера алгий; редукция проявлений вегетативной (соматической) тревоги; исчезновение навязчивых тревожных опасений наличия серьезного соматического заболевания; улучшение настро-

ния, восстановление интересов и способности радоваться, в меньшей степени – утомляемости.

В случае депрессивного расстройства с моно-, би- и полилокальными патологическими телесными сенсациями монотерапия антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флувоксамин (феварин), сертралин (стимулотон) у большинства больных имела следствием редукцию депрессивного расстройства с сохранением в структуре статуса патологических телесных сенсаций; назначение атипичного антипсихотика приводило к редукции патологических телесных сенсаций и сохранению депрессивного расстройства. Другими словами имело место «расщепление» единого симптомокомплекса (Смулевич А.Б. с соавт., 1994). В конечном итоге, обоснованным оказалось использование феварина, стимулотона в сочетании с атипичным антипсихотиком кветиапин (сероквель) или близкими к ним флупентиксол (флюанксол), тиаридазин (сонапакс) и анксиолитиками (алпразолам, клоназепам), что приводило к значительному улучшению в виде редукции депрессивного расстройства и патологических телесных сенсаций/

Предикторами эффективности монотерапии стимулотонем в клинике депрессивного расстройства без патологических телесных сенсаций (ДЭ) оказались: тоскливая модальность гипотимии; психическая и соматическая (вегетативная) тревога; витализация тоскливого аффекта; сниженная самооценка и утрата уверенности в себе; мрачного или пессимистического видения будущего; затрудненное засыпание с вечера, прерывистый ночной сон с кошмарными сновидениями; неусидчивость; ощущение физического дискомфорта. Монотерапия феварином депрессивного расстройства оказалась эффективной в случае: умеренного и тяжелого депрессивного эпизода, тоскливой, реже тревожной модальности гипотимии, витализации тоскливого аффекта, в т.ч. без его вербализации, сочетание идеаторной заторможенности с моторным беспокойством, соматической (вегетативной) тревоги, атипичной симптоматики, сопутствующих расстройств в виде ПР с/без агорафобией.

Обсуждение:

Выявлена значительная общность в проявлениях депрессивной и тревожной симптоматики у больных с ДЭ+СР, ДЭ+НСФР и ДЭ. Достоверные различия касаются лишь тяжести ДЭ, модальности гипотимии и представленности соматической (вегетативной) тревоги.

Монотерапия антидепрессантами у больных с ДЭ+СР, комбинированная терапия в группе ДЭ+НСФР с включением антидепрессантов, атипичных антипсихотиков и анксиолитиков приводит к симультантной или последовательной редукции депрессивной, тревожной симптоматики и патологических телесных сенсаций (алгии, сенестоалгии, сенестопатии).

Получены доказательства возможности единой диагностической оценки депрессивного расстройства с генерализованным тревожным расстройством и патологическими телесными сенсациями (алгии, сенестоалгии, сенестопатии) в виде депрессивного расстройства с генерализованным алгическим синдромом, либо сенестоалгическим, сенестопатическим или сенестоалгически-сенестопатическим синдромом. С учетом патологических телесных сенсаций в самоощущениях больных и «вторичного» выявления собственно депрессивной и тревожной симптоматики состояние этой категории больных может быть квалифицировано в качестве соматизированной (маскированной) депрессии в соответствии с отечественной и зарубежной терминологией 70-80г.г. XX столетия.

СТОЙКАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Петрунько О.В., Сороковикова М.Г., Павлова О.Н., Данилова Н.В.
Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

Несмотря на относительно благоприятный прогноз течения депрессивных и соматизированных расстройств, в настоящее время увеличивается количество пациентов с данными расстройствами, которые имеют стойкую утрату трудоспособности и являются инвалидами третьей или второй группы инвалидности.

Цель исследования. Уточнение возможных факторов, способствующих стойкой утрате трудоспособности у больных с депрессивными и соматизированными расстройствами.

Материал исследования. Обследовано 178 пациентов (женщин – 156 чел. (87,6%), мужчин – 22 (12,4%)), из них 100 пациентов наблюдались в 1998-2002 г.г. в пограничных отделениях, дневном стационаре ИОКПБ№1, территориальных поликлиниках г.Иркутска, 78 человек – в отделениях Ангарской психиатрической больницы и Ангарском психоневрологическом диспансере в 1996-2003 г.г. В отношении 46 пациентов, впервые признанных инвалидами в 2003 г., проанализирована медицинская документация (истории болезни пограничных отделений и дневного стационара ИОКПБ №1, акты освидетельствования в бюро МСЭ) для уточнения особенностей проводимой психофармакотерапии. Критерии включения: депрессивное расстройство (депрессивный эпизод – F32.0 по МКБ-10) - группа ДЭ; соматизированное расстройство (F45.0 по МКБ-10) – группа СР.

Из исследования исключались пациенты с депрессивным расстройством и обсессивно-компульсивной симптоматикой, деперсонализацией (вне собственно депрессивной анестезии) в рамках аффективного психоза; вялотекущей шизофренией с депрессивной и соматизированной симптоматикой.

Результаты исследования. Исследован образовательный и профессиональный статус больных с депрессивными и соматизированными расстройствами у пациентов групп ДЭ и СР. В связи с отсутствием достоверных различий в сравниваемых группах, приведем их общую характеристику. Отмечено явное преобладание лиц с высшим образованием (служащие, в том числе врачи, преподаватели) – 47,2%, лица со средним специальным образованием (техники, лаборанты, операторы) - 14,6%. Малоквалифицированным и квалифицированным трудом занимались 10,0% и 15,2% соответственно, работники сферы обслуживания составили 6,7%, военнослужащие – 3,9%, предприниматели – 2,2%.

Приведем частоту инвалидизации (II, III группа инвалидности) у больных с депрессивными и соматизированными расстройствами (n=100), наблюдавшихся в пограничных отделениях, дневном стационаре ИОКПБ№1, территориальных поликлиниках г.Иркутска. Среди пациентов с ДЭ инвалидность составила 26%, СР - 22%. У большей половины больных с СР (54,5%) определена 2 группа инвалидности, у 45,5% - третья; средний возраст прекращения работы, связанного с болезненным состоянием составил 44,9+1,6 лет, средний возраст определения инвалидности - 45,3+1,4 лет. Средняя длительность заболевания в этой группе пациентов составила 7,9 лет.

Среди больных (n=78) Ангарской психиатрической больницы и городского диспансера при ДЭ инвалидность достигала 23,4%, при СР - 58,3%, при средней длительности заболевания - 10,3+2,1 лет. В данной группе пациенты, которые оставили работу по состоянию здоровья и не имеют группу инвалидности, составляют соответственно среди больных ДЭ - 25%, СР – 16,7%. В итоге общее количество больных с ограничением или утратой трудоспособности и наличием/отсутствием инвалидности: среди больных ДЭ – 48,3%, среди больных СР – 75%.

Показатели стойкой утраты трудоспособности среди больных, впервые признанных инвалидами, оказались следующими: в группе ДЭ 73,8% были признаны инвалидами второй группы, 26,2% - инвалиды третьей группы; среди пациентов группы СР данные не подсчитывались в связи с малым количеством наблюдений (n=4).

Проанализированы особенности терапии больных (n=46) с депрессивными и соматизированными расстройствами, впервые признанных инвалидами (по материалам отделений пограничных состояний и дневного стационара ИОКПБ№1). Всем пациентам назначались антидепрессанты, причем 91,3 % получали трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин), лишь 23,9% - современные антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (золофт, флуоксетин, ципраamil, феварин), 4,3% - селективный стимулятор обратного захвата серотонина коаксил (тианептин). Для лечения депрессивных и соматизированных расстройств широко использовались анксиолитики (76,0%), из них наиболее часто алпразолам (43,4%) и феназепам (10,8%). Назначение нейролептиков имело место в 34,9%, причем атипичные нейролептики в 21,8% (преимущественно азалептин 10,9%), классические - 13,1% (галоперидол, трифтазин, модитен-депо), корректор побочных

эффектов нейролептиков циклодол - в 15,2%. Обращает внимание редкость назначения нормотимических препаратов (карбамазепин, финлепсин) при лечении депрессивных и соматизированных расстройств – 8,6%. В 13,0% к лечению добавлялись ноотропные препараты (пирацетам).

Заключение. Возможной причиной меньшей инвалидизации больных с депрессивными и соматизированными расстройствами по г.Иркутску является выявление части больных в условиях территориальных поликлиник, что обуславливает оказание специализированной психиатрической помощи в нестигматизированных условиях, сокращение этапа допсихиатрического наблюдения, использование в качестве терапии современных антидепрессантов из группы СИОЗС (феварин, золофт), ССОЗС (коаксил).

Основными недостатками в диагностике и лечении больных, впервые признанных инвалидами с депрессивными и соматизированными расстройствами (по материалам отделений пограничных состояний и дневного стационара ИОКПБ №1), являются недостаточная дифференциальная диагностика депрессивного и соматизированного расстройства с выделением модальности гипотимии, стандартность методик терапии с недостаточным использованием современного поколения антидепрессантов, политимолептическая терапия с использованием препаратов из группы ТЦА (мелипрамин, амитриптилин) в комбинации с анксиолитиками, политимо- и нейролепсия - антидепрессанты из группы ТЦА в комбинации с анксиолитиками и нейролептиками (галоперидол, трифтазин в расчете на активирующий эффект малых доз и седативный – средних), редкость включения нормотимиков на этапе терапии актуального болезненного состояния.

Таким образом, в целях профилактики стойкой утраты трудоспособности (первичной инвалидности) приоритетным является ранняя диагностика депрессивного и соматизированного расстройства, в том числе в контингенте больных первичного медицинского звена, и использование в терапии амбулаторных и стационарных больных антидепрессантов современного поколения.

К ИСТОРИИ ВЫДЕЛЕНИЯ И СОДЕРЖАНИЯ ПОНЯТИЯ «СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА»

Петрунько О.В.

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

В качестве самостоятельной клинической категории термин «соматоформные расстройства» (СФР) впервые был введен в DSM-III (1980) и включает психопатологические нарушения, которые обнаруживают сходство с соматической патологией, при этом последняя исключается при целенаправленном объективном обследовании. СФР определяется как соматическая симптоматика, не подтверждаемая убедительными клиническими данными и необъяснимая в своем происхождении ни одним из известных физиологических механизмов.

История формирования представлений о СФР связана с работами американских исследователей по уточнению диагностических критериев истерии, которые впоследствии нашли свое отражение, как уже упоминалось, в DSM-III (1980) и в последующих пересмотрах DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000), а также в МКБ-10 (1994). M.Perley, S.B.Guze (1962) на основании клинико-катамнестических исследований сформулировали основные положения диагностики истерии, в последствии ими было предложено различать конверсионное расстройство, истерическую личность и истерию, которую авторы обозначили как синдром Брике в честь врача P.Briquet, который в 1859 году описал истерию в своей монографии. Под синдромом Брике или «хронической полисимптоматической истерией» понимаются «множественные соматические жалобы в различных частях организма при отсутствии физической причины для их возникновения» (Guze S., 1967, 1975; Cloninger C.R., et al., 1986). Для синдрома Брике, наряду с большим количеством соматических жалоб, характерными являются соматические проявления депрессии и тревоги, драматический характер их предъявления, многократные визиты больных к врачам различных специальностей с настойчивыми просьбами дополнительного обследования и лечения (Barsky J., Klerman G., 1983; Cloninger C.R. et al., 1986).

Понятие полисимптоматической истерии в последующем трансформировалось в синдром Брике, затем в соматизированное расстройство (СР), которое становится основной диагностической рубрикой раздела СФР в МКБ-10 и DSM-IV. Для диагностики СР по DSM-III необходимо наличие 14 симптомов у мужчин и 16 у женщин из перечня 37 симптомов. В DSM-III-R (1987) количество симптомов сокращено до 13 без половых различий. В DSM-IV (1994) продолжена тенденция к сокращению количества симптомов, необходимых для диагностики СР.

Имеются различия в описании СР в МКБ-10 и DSM-IV. Для диагностики СР по МКБ-10 необходимо меньшее количество симптомов, чем в DSM-IV. Вероятная причина этого заключается в отсутствии в разделе F45.0 (по МКБ-10) сексуальных симптомов, т.к. в некоторых культурах эти жалобы не могут быть откровенно выражены, даже если они имеются у пациента. Однако, в сравниваемых классификациях концептуальных различий в представлении о СР нет (Cooper J.E., 1999).

J.I.Escobar (1987) считает, что соматизация - это континуум большого количества медицински необъяснимых симптомов с СФР на вершине спектра тяжести. Используя медицински необъяснимые симптомы, J.I. Escobar предложил сокращенный вариант выявления соматизации (*abridged somatization*) с 4-мя (для мужчин) и 6 (для женщин) симптомами, что, по его мнению, значительно увеличивает уровень выявляемости этого расстройства. Сокращенный вариант оценки соматизации особенно полезен в первичной медицинской сети (Katon W. et al., 1991; Smith G.R. et al., 1995; Gureje O. et al., 1997; Escobar J.I., 1997). Критерии J.I. Escobar для диагностики СР занимают промежуточное положение между оценкой этого состояния в МКБ-10 и DSM-IV (Rief W. et al., 1996). Доказано, что большинство клинических и поведенческих проявлений СР значительно не различаются при полном и сокращенном вариантах (Katon W. et al., 1991).

В последнее время выделяется новая диагностическая категория, базирующаяся на рекуррентных необъяснимых соматоневрологической патологией симптомах – мультисоматоформное расстройство (*Multisomatoform disorder*). Мультисоматоформное расстройство определяется как наличие 3 и более медицински необъяснимых рекуррентных физических симптомов при длительности их существования более 2 лет (Kroenke K. et al., 1997). W.P.Dickinson et al. (2003) считают эту диагностическую категорию полезной и способной выявить значительное количество соматизированных пациентов. K.Kroenke et al. (1997) предлагает рассматривать "мультисоматоформное расстройство" как диагностическую альтернативу недифференцированного соматоформного расстройства. Сделана попытка разработки критериев специфического соматоформного расстройства (*specific somatoform disorder*) (Grabe H.J. et al., 2003). По данным J.I.Escobar et al. (1998), реже всего диагностировалось СР по МКБ-10, чаще по DSM-III-R и DSM-IV, сокращенный вариант СР определялся чаще. Среди американских классификаций критерии DSM-III-R отражают более высокий уровень нетрудоспособности у данных пациентов и выраженность психопатологии, чем DSM-IV.

Отечественными авторами разработана оригинальная психопатологическая двухуровневая модель СФР, основанная на рабочей гипотезе, согласно которой нарушения, имитирующие телесную патологию, представляют собой парные психопатологические образования, соответствующие поражению двух уровней организации психической деятельности: ауто- и соматопсихического (Смулевич А. Б. с соавт., 1992). В представленной модели СФР не является простой совокупностью, набором симптомов, но характеризуется сложными отношениями, отражающими синдромальное единство нарушений сомато- и аутопсихики. Симптоматика соматопсихического уровня представлена патологическими телесными ощущениями и функциональными расстройствами органов и систем (алгии, конверсии, психовегетативные и другие псевдосоматические и/или псевдоневрологические проявления) без объективно подтверждаемой соматической патологии. Нарушения аутопсихического уровня включают симптомы, относимые к так называемым рефлексивным (анксиозные, фобические, обсессивные), экспрессивным (истерические), а также к феноменам круга образных представлений.

Для дифференцированного анализа структуры СФР существенное значение имеет предложенная В.Н.Красновым (1998) 4-х компонентная структура с выделением сенсорного, вегетативного, аффективного и идеаторного проявлений упомянутого расстройства.

В цикле работ иркутских психиатров, опубликованных за последние годы и посвященных депрессии и тревоге, ассоциированных с соматоформными расстройствами, приоритетным является разработка новой технологии в регистрации депрессии, тревоги и соматоформных расстройств в виде аффектограммы; правило определения модальности гипотимии; выделение вербализованной/невербализованной витализации тоскливого аффекта; возможность тоскливой окраски симптомов неаффективного регистра; введение понятия рангового места 3-х типичных депрессивных симптомов по МКБ-10 в субъективном восприятии пациентов (Бобров А.С., 2001, 2004).

В.С.Собенников (2001) на межнозологической группе пациентов (аффективный психоз, шизофрения и расстройства шизофренического спектра) рассматривает СФР в коморбидности с депрессивными и тревожными расстройствами, выделяя на основе корреляционных связей и клинического анализа депрессивный, тревожно-параноический, тревожно-соматоформный и тревожно-депрессивно-коэстетический клинические варианты. Клиническое и клинико-статистическое исследование коморбидных СФР, депрессивных и тревожных расстройств показало разносторонность данных состояний как в клинико-феноменологическом, так и патогенетическом плане. В их клиническом оформлении объединяющим является участие аутохтонно-аффективных и личностно-реактивных механизмов. Клиническая дифференциация соматоформных симптомов опосредуется характеристиками «тимопатического базиса», где выделяются витальная депрессия, дистимия, тревожная депрессия, сочетающиеся с феноменологическими подтипами «соматической», «когнитивной», «параноической» тревоги. Участие личностно-реактивных механизмов определяется чертами ригидности и тревожности в личностном статусе.

По данным исследования О.В.Петрунько (2004), у пациентов с алгическим вариантом соматизированного расстройства выявлено наличие коморбидной депрессивной и перманентной тревожной симптоматики. Депрессивная симптоматика представлена различной тяжестью депрессивного эпизода по МКБ-10; проявления перманентной тревоги включали с одной стороны - континуум идеаторных образований в виде психологически понятной озабоченности своим физическим состоянием, навязчивых тревожных опасений интракорпоральной угрозы и значительно реже овладевающих представлений наличия тяжелого соматического заболевания (психическая тревога), с другой – симптоматику вегетативной гиперреактивности (соматическая тревога)

Изучение депрессивного расстройства с патологическими телесными ощущениями (сенестоалгии, сенестопатии) вне рамок вялотекущей шизофрении позволило выделить следующие клинические варианты: депрессивное расстройство с сенестоалгическим, сенестопатическим, сенестоалгически - сенестопатическим синдромами (Иванова Л.А. , 2005). Отмечены различия в частоте модальности гипотимии, витализации вербализованного/невербализованного тоскливого аффекта и структуре депрессивной аффективной триады в зависимости от синдромальной структуры патологических телесных ощущений.

В заключение общей характеристики СФР следует отметить, что в современных классификациях категория СФР имеет скорее феноменологические границы, чем клинико-патогенетические, и включает как проявления соматизации аффективных нарушений, невротические конверсионные феномены, так и идеаторно неразвернутые ипохондрические, дисморфофобические нарушения. Ключевым критерием считается наличие телесных симптомов без верифицированной соматоневрологической основы.

ЗОЛОФТ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пивоварова Т.Е., Харькина Д.Н.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко МЗ
РФ, кафедра психиатрии и наркологии, Воронеж

В настоящее время наблюдается устойчивый рост заболеваемости расстройствами тревожно - фобического спектра как в экономически развитых странах, так и в России. Климактерий - физиологическое явление, тем не менее, у 75-80% женщин отмечаются патологические отклонения, составляющие так называемый климактерический синдром. Помимо соматовегетативных и эндокринных нарушений обязательными в структуре климактерического синдрома являются психопатологические проявления, в том числе и тревожно-фобические. Кроме того, климактерий является благоприятной почвой для обострения и манифестации соматических и психических заболеваний и, прежде всего аффективных расстройств различного генеза.

Цель исследования. Повышение эффективности терапии больных тревожно – фобическими расстройствами в климактерическом периоде.

Материалы и методы. Было обследовано 30 женщин в условиях отделения неврозов Воронежской областной психиатрической больницы, средний возраст которых составил - $50,08 \pm 5,53$ года с диагнозами: тревожно-фобическое расстройство F 40.0 (n=6), генерализованное тревожное расстройство F 41.1 (n=2), паническое расстройство F 41.0 (n=4), смешанное тревожно-депрессивное расстройство F 41.2 (n=2), органическое тревожное расстройство F 06.4 (n=14), тревожное расстройство личности F 60.6 (n=2). Из них 20 женщин получали терапию золофтом в течение 1-1,5 месяцев, и 10 вошли в контрольную группу, получавшие трициклические антидепрессанты, транквилизаторы и препараты для лечения сопутствующей соматической патологии. Клинически оценивались: психический статус, его динамика в процессе терапии с использованием психометрических инструментов – шкала Гамильтона, шкала Цунга для оценки тревоги; шкала ИСАС, для оценки уровня страхов; а также учитывали массу тела, частоту приливов, частоту сердечных сокращений, ЭКГ, ЭЭГ, результаты клиничко-лабораторных анализов.

Результаты. Все женщины отмечали приливы, колебания артериального давления, увеличение массы тела. Терапия золофтом вызвала положительную динамику состояния у всех обследованных больных. В группе больных, которые получали золофт, средний уровень тревоги по шкале Гамильтона до лечения составил $35,8 \pm 4,53$ балла, и $16,4 \pm 6,05$ балла после лечения. В контрольной группе $28,1 \pm 3,41$ и $24,3 \pm 4,05$ балла соответственно, причем наибольший вклад в суммарный результат вносили пункты психической тревоги. По шкале Цунга: основная группа $57,05 \pm 6,3$ до лечения, $38,15 \pm 5,8$ баллов после; и в контрольной группе $54,7 \pm 5,1$ и $46,7 \pm 4,3$ баллов. По шкале ИСАС средний уровень страхов в основной группе составил: до лечения $168,9 \pm 14,3$; после лечения $118,5 \pm 10,1$ баллов; и в контрольной группе $146,7 \pm 13,2$ и $133,2 \pm 10,2$ баллов соответственно. Выводы: результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности золофта при терапии тревожно-фобических расстройств у женщин в климактерическом периоде, и является препаратом выбора при лечении данной группы больных.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ

Пинелис И.С., Михайлюк В.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

В последние годы во всем мире отмечается значительный рост немедицинского потребления наркотиков (Е.В. Лохов, 2000). О значимости и актуальности данной проблемы свидетельствует тот факт, что наркомания поражает наиболее молодой и трудоспособный возраст населения - 16-30 лет. В связи со сказанным, целью исследования явилось исследование состояния тканей и органов ротовой полости у наркоманов.

Под наблюдением находилось 75 человек с диагнозом: Опиийная наркомания 2 степени. Лишь у 5% из них выявлено состояние одурманивания с наркотическим абстинентным синдромом легкой и средней степени тяжести. Среди них было 69 мужчин и 6 женщин в возрасте от 21-31 года. Все они получали стационарное лечение в областном наркологическом диспансере. Большинство обследуемых употребляло героин и ханку. Чаще всего они в первый год наркотизации отмечали эпизодический прием гашишного масла, промедола, морфия и др. Стаж наркотизации у 70% пациентов составил от 2 до 3 лет, а у 30% - от 3 до 8 лет. Контрольную группу вошли 20 человек аналогичного возраста.

У больных по методике ВОЗ изучали уровень гигиены полости рта, поражение твердых тканей зуба кариозным и некариозным процессом, а также состояние тканей пародонта.

Полученные данные свидетельствовали о том, что у 73,4% больных индекс гигиены Федорова-Володкиной в среднем равнялся $2,7 \pm 0,3$ баллам. Такое состояние гигиены полости рта расценивается как неудовлетворительное. И только в 26,6% случаев он был равен $1,4 \pm 0,4$ баллам, что указывало на хороший уровень гигиены полости рта. Индекс РМА в исследуемой группе составил в среднем $25,4 \pm 1,4$ балла, что соответствовало легкой степени гингивита. У 20% обследуемых пародонтальный индекс Рассел равнялся $2,3 \pm 0,2$, что говорило о наличии признаков пародонтита средней степени тяжести.

Интенсивность кариеса (КПУ) у них была $12,4 \pm 0,9$ балла. В то время как у жителей данного региона и аналогичной возрастной группы, не употребляющих наркотики равнялся $8,5 \pm 0,7$. Распространенность кариозной болезни у лиц, принимающих наркотики, выявлена в 100% случаев (в контрольной группе - 97,5%). Клиническая картина кариозного процесса у больных наркоманией имеет ряд отличительных признаков. Кариес чаще поражает пришеечную зону зуба, кариозные полости имеют лунообразную форму, что в последующем приводит к фрактуре коронки. Активное течение кариозной болезни является причиной наличия у них в полости рта большое количество корней зубов. У лиц в возрасте от 21 до 31 года, употребляющих наркотики, число удаленных или подлежащих удалению зубов в 4 раза больше, чем в контрольной группе. Кроме того, количество ранее леченых зубов у больных с опиоидной наркоманией снижается в 1,5 раза.

Таким образом, приведенные факты свидетельствуют о низком уровне гигиены полости рта наличии воспалительного процесса в тканях пародонта, высокий уровень частичной вторичной адентии у больных страдающих наркоманией.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ (ЭКГ) ИССЛЕДОВАНИИ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Пономарёв Г.Н., Сухаревская И.Н., Влескова Л.Ю.

Кубанская государственная медицинская академия, кафедра психиатрии ФПК и ППС, Краснодар

Цель: Исследование возможности психотерапевтического лечения больных с ЭКГ-патологией при непсихотической депрессии.

Объект исследования: 89 пациентов возраста 36-78 лет (женщин (ж)- 63; 70,8%, мужчин (м)-26; 29,2%), проходивших стационарное психотерапевтическое лечение по поводу непсихотической депрессии с сопутствующей кардиальной патологией, были включены в группу для исследования.

Методы исследования: 1. Определение психического состояния врачом-психиатром (психотерапевтом) в процессе проведения курса лечения. Выделены признаки непсихотической депрессии: а) смешанного типа – 48 чел.(53,9%; ж-36, м.-12); б) тревожного типа – 30 чел.(33,7%; ж.-24, м.-6); в) астенического типа – 11 чел.(12,4%; ж.-3, м - 8). 2. ЭКГ- обследование проводилось на 12 - канальном электрокардиографе (МАС 1200 ST) с длительной записью, со скоростью 25 мм/сек. 3. Оценка функционального состояния сердца врачом-кардиологом и врачом функциональной диагностики в динамике (до лечения и после его окончания). Были выделены признаки кардиальной патологии, зарегистрированные при ЭКГ-исследовании: а) нарушение процессов реполяризации желудочковых комплексов– 36

(40,4%; ж.-27; м.-9); б) нарушение сердечного ритма – 22 (24,8%; ж.-12, м.-10); в) нарушение проводимости – 15 (16,9%; ж.-10, м.-5), г) гипертрофии желудочков и предсердий – 16 (17,9%; ж.-14, м.-2);

Методы лечения: а) медицинский цигун (Ч. Минью, С. Синью Вань, 1994); б) свободное дыхание (Л.Орр, 1975; Д. Леонард, Ф.Лаут, 1983). Для лечения непсихотической депрессии и выявленной кардиальной патологии в форме указанных ЭКГ – синдромов использовалось сочетание методик: медицинского цигуна, свободного дыхания, а также дыхательных методов из числа древнейгоговских техник (ритмическое дыхание, гортанное, очистительное). Дыхательные приёмы были нацелены на а) волевое развитие эластических механизмов дыхательных путей (удлинение вдоха и выдоха); б) релаксацию дыхания; в) освоение и развитие непрерывного дыхания (без пауз между вдохом и выдохом) до возможности произвольного управления дыханием.

Результаты лечения: в процессе освоения дыхательных методов и психотерапевтических трансов (продолжительностью до 2-х месяцев) отмечалось постепенное купирование симптомов депрессии. По результатам анализа электрокардиограмм были выделены объективные признаки оздоровления – восстановление нарушенных функций или их улучшение. Наилучшие результаты были получены у больных с сердечными аритмиями (58 чел. - 65,1%) и нарушением процессов реполяризации желудочковых комплексов (62 чел.-69,6%). При нарушении сердечного ритма было диагностировано: при фибрилляции предсердий восстановился синусовый ритм (в 3-х случаях), зафиксирован переход тахисистолической формы фибрилляции предсердий в нормосистолическую, исчезла синусовая тахикардия и снизилась частота сердечных сокращений при ускоренном ритме из АВ-соединения (до 83%), ранее зафиксированные экстрасистолы (предсердные, в т.ч. блокированные и абберантного типа, а также сдвоенные и ранние экстрасистолы из АВ-соединения и желудочковые) исчезли в 30% случаев. Исчезновение признаков ишемии, гипоксии, повреждения субэндокардиальных и субэпикардиальных слоёв миокарда, нормализация окислительно-восстановительных процессов в сердечной мышце и электролитного баланса зарегистрированы в 21% случаев (реверсия отрицательных зубцов Т, +(-) Т, увеличение амплитуды сглаженных зубцов Т, уменьшение глубины депрессии и высоты элевации сегмента ST или их исчезновение, нормализация продолжительности интервала QT). При нарушении проводимости – улучшение внутрисердечной проводимости зафиксировано в 15% случаев, улучшение АВ –проводимости (исчезновение АВ-блокады первой степени) – в 12% случаев, восстановление внутрижелудочковой проводимости (исчезновение блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса, неполной блокады правой ножки пучка Гиса) – в 18% случаев. Уменьшение некоторых признаков систолической и диастолической перегрузки при гипертрофии левого желудочка наблюдалось в 32% случаев, исчезновение признаков нагрузки на правые отделы сердца зарегистрировано в 28% случаев.

Таким образом, с учётом нормализации психического состояния и объективизации ЭКГ признаков оздоровления в динамике психотерапии, клинически устойчивый лечебный эффект определился у 66 пациентов из 89 (74,1%). В 23-х случаях (25,8%) признаков оздоровления по клиническим и ЭКГ данным не было, что было связано с их недостаточной психотерапевтической активностью.

Заключение: Физиологические механизмы взаимосвязанного функционирования дыхательной системы и сердца установлены исследованиями многих авторов. (Л.Л. Шик, 1973; И.С. Бреслав, В.Д. Глебовский, 1980 и др.), а также физиологической концепцией сердечно-дыхательного синхронизма (Н.Коерчен, 1983; К. Schoenlen, 1985; В.М. Покровский, М.А. Боброва, 1986; В.М. Покровский с соавт., 1991, 1996; В.М. Покровский, 2002,2003). Установлено, что тесная связь дыхательной системы с функциональной деятельностью сердца, осуществляется за счёт: а) импульсных активирующих автоматизмов между дыхательным и сердечным центрами продолговатого мозга (функционируют как целостная структура, создавая сердечно-дыхательный ритмогенез); б) синокаротидного узла, чувствительного к недостатку кислорода и избытку углекислого газа (изменяется ритм сердца и дыхательная активность); в) активности вдоха (при его усилении увеличивается приток венозной крови к сердцу, активизируется его деятельность); г) функциональной подвижности диафрагмы (стимулирует

сердце и внутренние органы). Эти биологические механизмы, предназначенные для жизнеобеспечения, автоматической саморегуляции, а также для лечения и профилактики в практике здравоохранения не используются. Акцент делается лишь на консервативное (симптоматическое) лечение болезней сердечно-сосудистой системы. Вместе с тем, в практике психотерапии накоплен достаточный опыт психотерапевтического лечения больных с патологией сердца в соматической клинике (Е.В. Варюшкина с соавт., 1997; А.Н. Васина, 1999; С.Л. Соловьёва, 2000; Н.С. Любимова, А.В. Хрипун, 2002; И.А. Мелентьев, Е.А. Колесникова, 2002 и др.).

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ СИНХРОНИЗМ - ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Пономарёв Г.Н., Сухаревская И.Н., Влескова Л.Ю.

Кубанская государственная медицинская академия, кафедра психиатрии ФПК и ППС,
Краснодар

Цель: Психотерапевтическое лечение непсихотической депрессии с сопутствующим хроническим бронхитом.

Объект исследования: 45 пациентов возраста 40-65 лет, из них (женщин-15; 33,3%, мужчин-30; 66,7%), проходивших стационарное психотерапевтическое лечение с непсихотической депрессией и признаками сопутствующего хронического бронхита, были включены в группу для исследования.

Методы исследования: клинический: а) определение психического состояния в процессе сеансов психотерапии врачом-психиатром (психотерапевтом); б) соматического состояния врачом-терапевтом дважды (до сеансов психотерапии и после их окончания). У 16 чел. из 45 (35,5%; женщин – 6, мужчин – 10) были выявлены признаки хронического бронхита средней степени; у 29 чел (64,5%; женщин – 9, мужчин – 20) - в лёгкой степени.

Методы лечения: медицинский цигун (Ч. Минью, С. Синью Вань, 1994); б) свободное дыхание (Л.Орр, 1975; Д. Леонард, Ф.Лаут, 1983). Для лечения непсихотической депрессии и выявленной патологии дыхания, оказавшейся значительно распространённой в данной группе пациентов (66,6%), использовалось сочетание указанных методов с дыхательными из числа древнеиндийских техник: (ритмическое дыхание, гортанное, очистительное). Дыхательные приёмы были нацелены на: а) развитие эластических механизмов дыхательных путей (удлинение вдоха и выдоха); б) релаксацию дыхания; в) освоение и развитие непрерывного дыхания (без пауз между вдохом и выдохом) с изменением частоты, глубины и длительности.

Результаты лечения: В процессе освоения дыхательных методов и психотерапевтических трансов (продолжительностью до двух месяцев) отмечалось постепенное уменьшение симптомов депрессии в динамике: а) телесно-эмоционального отреагирования; б) осознания связи болезненных переживаний с какими-либо причинами (стрессом-дистрессом, фрустрацией, ущемлёнными комплексами); в) их вытеснения по механизму катарсиса; г) компенсации психического состояния и личностного роста до инсайта (планирования перестройки межличностных отношений и деятельности).

По результатам лечения оказалось, что нормализация психического состояния (купирование депрессии) сочеталось в 36 случаях из 45-(80%) с другими клиническими признаками: а) по субъективным ощущениям: уменьшением или исчезновением кашля, улучшением самочувствия, нормализацией сна, появлением бодрости, «прилива» сил, исчезновением одышки и потливости при физической нагрузке; б) по данным обследования врача-терапевта отмечалось улучшение цвета кожных покровов лица, аускультативно - исчезновение жесткого дыхания, сухих мелкопузырчатых хрипов, восстановление везикулярного дыхания, что в целом было расценено как объективные признаки оздоровления при хроническом бронхите. Многие пациенты стали самостоятельно использовать активное дыхание для снятия телесного дискомфорта и повышения настроения. У 9 чел.(20%) – не было улучшения психического состояния и оздоровления хронического бронхита по причине недостаточной психотерапевтической и дыхательной активности.

Заключение: Наш опыт использования психотерапевтического транса с активизацией легочного дыхания и релаксацией показывает, что такое сочетание даёт наиболее эффективный (лечебный) результат.

Дыхательная система (ДС) является уникальной функцией жизнеобеспечения организма. Она функционирует целостно в структуре ЦНС, синхронно с другими системами и, в то же время, автономно по механизму автоматической самостимуляции и саморегуляции.

Дыхательные центры варолиева моста, ядер гипоталамуса, особенно- ретикулярной формации и дыхательного центра продолговатого мозга при каждом вдохе получают «залповые» импульсные стимулы. При этом они энергетически активизируются и дают ответные импульсы для стимуляции: рецепторов и мотонейронов дыхательных путей (регуляции автоматизма вдоха-выдоха), деятельности сердца, других механизмов жизнеобеспечения, а также – высших дыхательных центров коры (энергетическое обеспечение мозга, поддержание гомеостаза и стимуляцию иммунитета).

Наряду с этим следует подчеркнуть, что дыхательная система в физиологическом смысле является весьма чувствительным механизмом, биологически уязвимой. Так многочисленными исследованиями установлено, что даже спокойное дыхание, по нашему мнению «нормальное», может вызвать постепенное ухудшение дыхательной функции: а) снижение газообмена (гипоксию, накопление углекислоты и токсических веществ, нарушение тканевого дыхания); б) снижение эластичности дыхательных путей (лёгких, грудной клетки, дыхательных мышц особенно гладких) с их постепенной атрофией и склерозированием, сужением бронхов и мелких бронхиол; в) нарастание обструктивных изменений в легочной ткани за счёт токсического воздействия шлаков, солей, липидов и углекислоты; г) затруднение легочного (альвеолярного) кровообращения с явлениями застоя за счёт снижения дыхательной активности) (Шик Л.Л., Канаева Н.Н., 1980; Тетенев Ф.Ф., 1981; Бреслав И.С., 1985; Гриппи М., 1997; Эберт Д., 1999; Хендрикс Г., 2003). Поэтому лёгкие, в комплексе со всей дыхательно-синхронной системой, в силу анатомо-физиологических особенностей, нуждаются в постоянном повышении дыхательной (вентиляционной) активности. При дыхании необходимо волевым усилием преодолевать неэластическое сопротивление дыхательных путей (развивать эластичность), акт вдоха и выдоха, жизненную ёмкость, особенно диафрагмальное дыхание (диафрагма при каждом вдохе стимулирует лёгкие, органы брюшной полости и усиливает приток венозной крови к сердцу).

Нами замечено, что в состоянии психотерапевтического транса все дыхательные методы дают наиболее лучший клинический эффект, особенно при достижении дыхательной релаксации. В состоянии глубокой релаксации дыхательные мышцы особенно гладкие, физиологически расслабляются и энергетически заправляется вся дыхательная система (периферическая и центральная), включая высшие дыхательные центры продолговатого мозга и корковые.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что функциональное развитие дыхательных путей в комплексе с психотерапевтическими трансовыми методами, создаёт реальные предпосылки для лечения не только болезней лёгких, но и всего организма как целостной системы, т.е. всех болезней (психосоматических, психических и др.).

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ И ДИССОЦИАТИВНО- КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.В. Пшеничных

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В современных классификациях МКБ-10 и DSM-IV, стремление следовать синдромальному принципу привело к изменению традиционного понимания истерии как расстройства, характеризующегося патогенетическим единством сенсорных, моторных (конверсивных), а также ментальных (диссоциативных) нарушений. Включение сенсорных расстройств в рубрику «Соматоформные расстройства», а моторных и ментальных – в «Диссоциативные» привело к расщеплению понимания сущности истерии (Hyer S.E. et al., 1978), сужению гра-

ниц и утрате статуса самостоятельной клинической единицы. (Van der Kolk B.A. 1994; Pelcovitz D., Roth S., MandelF.S., McFarlane F., 1986; Herman J.I. 1992). Между тем, распространенность диссоциативно-конверсионных расстройств в популяции значительна, особенно среди лиц женского пола, они обнаруживают высокий уровень коморбидности с аффективными расстройствами (депрессия, тревога), явлениями соматизации (Davidson J. et al., 1985; Kulka R.A. et al., 1990; Breslau N. et al., 1991; Pechlivanturk B. Et al., 2000; Zimmerman M. Et al., 2002; Ugus S. et al., 2003). В ряду аффективных расстройств, наиболее тесные коморбидные связи с диссоциативно-конверсионной симптоматикой, имеет хроническая тревожная депрессия - дистимия. Это клиническое понятие охватывает довольно широкий круг расстройств, относящихся к мягким формам эндогенных заболеваний, психогенных депрессивных состояний и личностных аномалий, характеризующихся длительным существованием аффективных нарушений. Современные классификационные схемы (DSM-IV и МКБ-10) базируются на общем концептуальном подходе к диагностике дистимических расстройств. Однако наряду с клиническими критериями в DSM-IV используется критерий социального и профессионального снижения, а в МКБ-10 такой критерий отсутствует (Сиранчиев М.А., 2003 г.). Вследствие этого клиничко-экспертная оценка таких пациентов при первичном освидетельствовании в МСЭ представляет трудности и решается неоднозначно.

Между тем в литературе имеются указания, что сочетанное проявление аффективной патологии с коморбидными расстройствами способствуют формированию с одной стороны атипичной клинической картины, с другой - углублению тяжести психической патологии, а также менее благоприятному прогнозу в социальной и профессиональной сферах (В.Н. Козырев, Е.В. Зеленина, О.И. Лебедева 2004).

Целью данного исследования являлась оценка уровня социально-трудовой дезадаптации у больных дистимией и коморбидными диссоциативно-конверсионными расстройствами.

Исследовано 27 больных, имеющих диагноз дистимии с коморбидными диссоциативным (конверсионным) и/или соматоформным расстройствами. Преобладали лица со средним и средне-специальным образованием (67%), а также высшим (25%). Замужем было - 6 человек, незамужних - 6, у 9 в прошлом были разводы, у 6 - повторный брак. Детей (от 1 до 3) имели 11 пациенток.

В преморбиде преобладали личности стеничные, активные, стремящиеся к социальным достижениям, многие из них занимались общественной работой в комсомольских и профсоюзных организациях, с хорошим уровнем адаптации. Ни в одном из наблюдений не выявлен психопатический склад личности. Более чем в половине наблюдений в анамнезе выявлялись ЗЧМТ легкой степени тяжести.

Длительность заболевания составляла от 2 до 14 лет, в среднем $5,3 \pm 4,0$ года. Число госпитализаций в психиатрический стационар было от 1 до 4, (в среднем $2,5 \pm 1,0$). Направлению к психиатру предшествовало длительное наблюдение, обследование и лечение у врачей-интернистов - от 1 до 11 лет (в среднем $5,3 \pm 3,7$).

Начало заболевания было постепенным с наличием отставленных ситуационно-обусловленных эпизодов с конверсивными и соматоформными нарушениями. Возраст манифеста дистимии с коморбидными диссоциативно-конверсионными расстройствами составил от 25 до 48 лет (средний возраст $36,6 \pm 7,4$). Перманентно сниженное настроение больные связывали с микросоциальными условиями и социально-стрессовыми влияниями (экономические трудности, алкоголизм мужа и др.). Уже на ранних этапах заболевания клиника дистимии осложнялась конверсионно-диссоциативными расстройствами, которые наблюдались преимущественно в структуре паникоподобных нарушений («ком» в груди; тряска и дрожь в теле, конечностях, «каска неврастеника», нечеткое зрение, элементы суженного сознания) с чувством удушья, учащенного сердцебиения, тревогой и страхом. В динамике паникоподобные расстройства становились менее выраженными, все больший удельный вес в клинической картине приобретали соматоформные расстройства, на этом фоне конверсионно-диссоциативные нарушения утрачивали ситуационную зависимость, стереотипизировались, нередко проявляясь своеобразной «чрезмерной» окраской астенических жалоб - «сла-

бость такая, что не могу встать, лежу целыми днями», «все раздражает молчу, ни с кем не разговариваю».

С высокой частотой данным психопатологическим расстройствам сопутствовали различные соматические заболевания и дисфункции. Наиболее часто диагностировалась патология желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит, ЯБЖ, ЯБЛДК), бронхиты с астматоидным компонентом, гипертоническая болезнь, эндокринопатия (ДУЩЖ, эутириоз, узловой зоб), патология костно-мышечной системы (вертеброгенная цервико-, торако-, ишеа- и люмболгия, протрузия дисков позвоночника, остеохондроз позвоночника). Более чем у половины пациенток выявлялась миома матки, из них в четверти случаев была произведена операция экстирпации. Климакс отмечен в 42% наблюдений.

На момент исследования работали лишь более половины (58%) пациентов. Как правило, работоспособность была снижена. Пациенты плохо справлялись с профессиональными нагрузками, часто находились на больничных листах или переводились на более облегченный и менее квалифицированный труд. Среди неработающих преобладали женщины старше 35 лет, и нерабочий период составлял от 1 до 9 лет (в среднем 5.0 ± 4.1 года). При этом лишь в 23,1%, несмотря на фактическую, иногда многолетнюю нетрудоспособность, больным определялась группа инвалидности (у 5 – II группа, у 1 – III группа инвалидности). Такой оценке, на наш взгляд, способствует традиционное, сложившееся в психиатрии, отношение к расстройствам истерического круга, как к нарушениям лабильным, преходящим. Между тем, наши наблюдения позволяют выделить группу перманентных диссоциативно-конверсионных нарушений, проявляющихся в коморбидной связи с хронической дистимией, в рамках динамики аффективно-невротического синдрома.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МАСТОПАТИИ.

Романенко Е.Ю.

ГУЗ КДП «Психотерапевтический центр» Читинской области, Чита

Цель работы заключалась в выявлении влияния психологических факторов и личностных особенностей на возникновение и развитие мастопатии. Для этого использовался анализ анамнестических данных пациентов, страдающих данной патологией и результаты Экспериментально-психологического обследования этой группы (возраст от 20 до 40 лет).

Всего обследовано 100 человек. Особый интерес представляют оценки таких свойств личности, как фрустрационная толерантность, степень невротизации и склонность к неадекватным эмоциональным реакциям. Для оценки данных особенностей использовались: описательная методика, тест Розенцвейга (Фрустрационная толерантность), опросник ММРП (Многопрофильное исследование личности), опросник Айзенка-ЕРП (изучение нейротизма и интро-экстраверсии).

Получены следующие **результаты**:

-Среднегрупповой коэффициент социальной адаптации у больных мастопатией –47,3%, у здоровых –69,3% (фрустрационный профиль у больных неврозами практически приравнивается значению больных мастопатией)

-Тип ответных реакций у больных мастопатией приближается к типу реакций у здоровых и составляет: самозащитный-47,3%, разрешающий-20,3%, с фиксацией на препятствии-32,4%.

-Усредненный личностный профиль больных мастопатией приподнят по всем шкалам, что соответствует пограничным расстройствам. Наиболее приподняты шкалы: депрессии, социальной дезадаптации, повышенной ранимости, шизоидной тенденции. Относительно снижены показатели шкал: психологической маскулинизации и проявления активности.

-Индекс нейротизма повышен у 74,9% больных (более 12 баллов), эмоционально устойчивы- 25,1%.

-Среди больных мастопатией преобладают личности с подчеркнутым интровертированным типом –26,7% (индекс менее 9 баллов). Экстраверты составляют- 6,1%. Смешанный, промежуточный тип (67,2%) указывает на возможность проявления у большинства тех или иных черт характера. Меланхолический тип является наиболее представленным (58,2%), он

соответствует высокой степени нейротизма и выраженной интровертированности. Холерический тип составляет 16,3% (экстротвертированность и высокий нейротизм). Флегматический тип - 15,1% (интровертированность и низкий уровень нейротизма). Крайне редко среди пациентов с заболеваниями молочной железы встречались сангвиники - 10,4% (выраженная экстротвертированность и низкий уровень нейротизма).

В результате проведенных исследований выявлена значительная роль нервно-психической

Регуляции в возникновении и течении патологических изменений в молочных железах.

-Состояния меланхолии, депрессии и дисфории являются психологически подготовленной «почвой» для развития этих изменений. Сдержанность проявления эмоций, подавление половых инстинктов, бессонница, анорексия относится к психологическим этиологическим факторам, заболевания репродуктивной системы. При лечении больных мастопатией отмечены случаи беспричинного ухудшения клинической картины, после применения патогенетической терапии и получения положительного эффекта. Удалось выявить, что этим «срывам» предшествовали значительные психические стрессовые ситуации (потеря близких, профессиональные проблемы, разводы). Но у части пациенток эти же стрессовые ситуации не вызывали ухудшения состояния, т.е. не являлись сигнальным механизмом, приводящим к развитию или усилению патологических изменений в молочных железах.

При анамнезе выявлено, что это влияние зависит от типологической картины личности. Обстоятельства действуют на человека, преломляясь через его личность.

Становится очевидным различный психотравмирующий эффект, приводящий или не приводящий к ухудшению течения патологического процесса или его возникновению, в зависимости от личностных свойств. К развитию заболеваний молочной железы и к неблагоприятному их течению склонны невротические личности с депрессивным, ипохондрическим и тревожным радикалом, чаще меланхолического темперамента, для которых заболевание молочных желез является «пассивным самоубийством», проявлением потери, надежды на достижение жизненных целей.

При психотерапевтической работе с такими пациентами удастся предупредить или ослабить влияние отрицательных последствий психических травм на соматические заболевания. Нормализация нервно-психического статуса больных мастопатией и повышение фрустрационной толерантности являются важным звеном в комплексе патогенетической терапии, направленной на восстановление гомеостатических систем и ликвидацию патологического процесса в молочных железах.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Романова Е.В., Сараева Н.О., Щербакова А.В.

ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница», Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Качество жизни (КЖ) - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального, социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. КЖ используют как критерий оценки эффективности лечения, в том числе и новыми лекарственными препаратами, а так же как критерий прогностического эффекта. В настоящее время в гематологии используют большое количество не цитостатических препаратов и средств симптоматической терапии, которые, устраняя ряд патофизиологических реакций в организме больного, отчетливо улучшают качество его жизни. Так в лечении гемобластозов используют новые лекарственные средства, такие как ретиноидные кислоты (АТРА), гливек, что позволяет увеличить процент ремиссий до 95%, продлить без рецидивную выживаемость, а, следовательно, улучшить КЖ пациента. В лечении анемического синдрома используют стимулятор эритропоэза – рекомбинантный эритропоэтин (р-ЭПО), его применение приводит к улучшению, как гематологических показателей, так и КЖ. Использование р-ЭПО при лечении анемического синдрома у больных множественной миеломой (ММ) и лимфомами является эффективным у 50-60%. Повышение уровня гемоглобина коррелирует с улучшением КЖ у онкогематологических больных. В лечении больных ММ,

у которых имеются костные деструкции, приводящие к инвалидизации, используют новые препараты – бисфосфонаты (аредия, зомета, бонифос). При их применении быстрее идет репарация костной ткани и консолидация патологических переломов, что приводит к улучшению КЖ больного. Достаточно широко в онкогематологии применяют методы биотерапии – лечение α_2 -интерфероном, интерлейкинами, колониестимулирующими факторами, моноклональными антителами, использование которых приводит к повышению КЖ. Накоплены данные о прогностическом значении КЖ у онкогематологических больных. Установлено, что у больных агрессивными лимфомами показатели КЖ до лечения являются информативными прогностическими признаками в отношении выживаемости. Оценка КЖ до лечения позволяет более точно проводить стратификацию групп риска, требующих различных подходов к планированию противоопухолевой терапии. Изучение КЖ после завершения лечения позволяет осуществлять мониторинг состояния больного в период реабилитации, отслеживать ранние и поздние осложнения и побочные эффекты лечения. Эти исследования позволяют разработать комплексные программы реабилитации онкогематологических больных и выявить пациентов, которым необходима помощь в восстановлении физического, психологического и эмоционального благополучия. Таким образом, КЖ является важным критерием в выборе терапии и оценке эффективности проводимого лечения, а так же является прогностическим признаком в отношении выживаемости. При помощи оценки КЖ можно выявить не только осложнения заболевания и побочные эффекты лечения, но и разработать комплексные программы реабилитации онкогематологических больных.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Сараева Н.О., Пятидесятникова С.А.

Иркутский государственный медицинский университет, ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница», Иркутск

Большим успехом в коррекции анемии при лейкозах явилась рациональная терапия комбинацией эритропоэтина (р-ЭПО), имеющая целый ряд преимуществ перед трансфузионной политикой, как-то: физиологическое лечение, значительное улучшение качества жизни, возможность амбулаторного лечения, отличная переносимость. Целью работы явилось изучение качества жизни больных множественной миеломой (ММ) в процессе коррекции у них анемии р-ЭПО.

Материалы и методы. Исходно оценка качества жизни проводилась у 91 больного ММ по международному опроснику FACT и линейной аналоговой шкале (LAST). Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили больные без анемии, вторую группу - с анемией различной степени тяжести. Лечение анемического синдрома проводилось у 17 больных ММ р-ЭПО (эпокрином) в дозе 2000 МЕ ежедневно в течение 4-х недель с последующим повышением дозы до 10000 МЕ 3 раза в неделю в течение еще 4-х недель. Терапия считалась эффективной, если гемоглобин (Hb) повышался на 20 г/л от исходного уровня. Еженедельно проводилось анкетирование больных, получающих лечение р-ЭПО для оценки качества жизни. Статистическая обработка материала проводилась с помощью ППП Statistica 6.

Результаты и обсуждение. Исходная оценка качества жизни по опроснику FACT показала, что эмоциональное состояние и благополучие в повседневной жизни статистически достоверно ухудшаются при Hb ниже 90 г/л, физическое состояние и социально-семейное благополучие – при Hb ниже 80 г/л, по сравнению с больными без анемии ($p < 0,001$). Все показатели LAST достоверно ухудшаются при Hb ниже 90 г/л ($p < 0,001$). Учитывая эти данные, лечение р-ЭПО проводилось у 17 чел., которые имели Hb ниже 90 г/л. Через 4 недели лечения р-ЭПО в дозе 2000 МЕ в сутки у 3 чел. из 17 был достигнут эффект. При дальнейшем увеличении дозы до 10000 МЕ 3 раза в неделю количество таких больных к концу 8 недели увеличилось до 8 чел. По данным анкетирования по опроснику FACT уже через две недели лечения р-ЭПО отмечается статистически достоверное повышение качества жизни в эмоциональной сфере по сравнению с исходными данными ($p < 0,03$). Показатели физическо-

го состояния, социально-семейного благополучия и благополучия в повседневной жизни статистически не отличались от исходных данных на протяжении всего периода лечения р-ЭПО. По данным LAST на протяжении 8 недель лечения свою «энергичность» и способность выполнять ежедневные дела больные также оценивали на низком уровне. Отсутствие динамики в показателях физического состояния связано с поражением костной системы, которое приводит к инвалидизации больных. Редукция остеодеструкций происходит значительно медленнее, чем повышение уровня Hb. Следовательно, снижение качества жизни у больных ММ происходит при Hb менее 90 г/л. При лечении р-ЭПО отмечается повышение уровня Hb, что сопровождается повышением качества жизни в эмоциональной сфере, в то время как показатели физического состояния больных остаются на низком уровне.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Сараева Н.О., Потрачкова Т.Г.

Иркутский государственный медицинский университет, ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница», Иркутск

Лечение анемического синдрома у больных с лейкозами является весьма не простой задачей. Еще до недавнего времени практически единственным способом коррекции анемии были гемотрансфузии. Однако гемокомпонентная терапия нередко приводит к не контролируемым отрицательным воздействиям, таким как иммуносупрессия, ингибирование эритроидного роста, иммунизация больного, инфицирование вирусами гепатитов и др. Альтернативой гемотрансфузиям является терапия рекомбинантным эритропоэтином (р-ЭПО). Целью работы явилось изучение качества жизни больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) в процессе лечения у них анемии р-ЭПО.

Материалы и методы. Исходно оценка качества жизни проводилась у 65 больных ХМЛ по международному опроснику FACT и линейной аналоговой шкале (LAST). Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили больные без анемии, вторую группу - с анемией различной степени тяжести. Лечение анемического синдрома проводилось у 10 больных ХМЛ р-ЭПО (эпокрином) в дозе 2000 МЕ ежедневно в течение 4-х недель с последующим повышением дозы до 10000 МЕ 3 раза в неделю в течение еще 4-х недель. Терапия р-ЭПО считается эффективной, если гемоглобин (Hb) повышается на 20 г/л от исходного уровня. Еженедельно проводилось анкетирование больных, получающих лечение р-ЭПО для оценки качества жизни. Статистическая обработка материала проводилась с помощью ППП Statistica 6.

Результаты и обсуждение. Исходная оценка качества жизни по опроснику FACT и LAST показала, что все показатели достоверно ухудшаются при Hb ниже 80 г/л. Учитывая исходные данные анкетирования, лечение р-ЭПО проводилось у 10 больных, которые имели Hb ниже 80 г/л и находились в терминальной стадии заболевания. Среди этих больных не было ни одного человека с приростом Hb 20 г/л и более. Подобная динамика Hb связана, вероятно, с тем, что эту группу составили пациенты в терминальной стадии. Вероятно, генез анемии у больных этой группы меньше всего связан с эффектами ЭПО. По данным анкетирования по опроснику FACT начиная со второй недели, улучшается эмоциональное состояние больных по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,04$). Показатели физического состояния, социально-семейного благополучия и благополучия в повседневной жизни статистически не отличались от исходных данных на протяжении всего периода лечения р-ЭПО. Учитывая данные LAST, лишь с седьмой недели лечения р-ЭПО, у больных ХМЛ достоверно улучшаются показатели «энергичности» ($p < 0,03$). Однако способность выполнять ежедневные дела по-прежнему остается на низком уровне. Подобная динамика показателей качества жизни, вероятно, связана с контингентом больных, получавшим лечение р-ЭПО, а именно больные, находящиеся в тяжелом состоянии, обусловленном терминальной стадией основного заболевания. Таким образом, лечение р-ЭПО в терминальной стадии ХМЛ не приводит к заметному повышению Hb и является неэффективным, но приводит к улучшению качества жизни в эмоциональной сфере и приводит к повышению показателя «энергичности».

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А.

Северный государственный медицинский университет,

Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Архангельск

С целью исследования качества жизни (КЖ) больных психосоматическими заболеваниями (ПЗ) по разработанной нами методике (Сидоров П.И. и соавт, 2002, Новикова И.А. и соавт., 2002) обследовано 482 чел. с артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), язвенной болезнью (ЯБ), бронхиальной астмой (БА) и сахарным диабетом (СД) типа 1 и 2.

Для больных ПЗ был характерен низкий уровень КЖ по всем изучаемым компонентам – соматическому, психологическому и социальному. Минимальные значения имели лица с ИБС, АГ, СД типа 1 и 2, что отражает тяжесть течения заболеваний, сопровождающихся выраженными изменениями во всех сферах жизни. При ЯБ отмечались более высокие показатели, соответствовавшие удовлетворительному КЖ и связанные с объективно более благоприятным течением недуга. В целом, КЖ зависело от возраста, степени тяжести, стадии, длительности болезни, наличия группы инвалидности.

Самая низкая соматическая составляющая КЖ отмечена у пациентов с ИБС, что, вероятно, связано с частым наличием выраженного кардиалгического синдрома, признаков недостаточности кровообращения. У больных с АГ низкие показатели данного компонента были обусловлены частыми гипертоническими кризами; пациентов с СД часто беспокоили жалобы, связанные с развитием поздних осложнений; при БА низкие показатели были обусловлены наличием частых приступов удушья и дыхательной недостаточностью; при ЯБ отмечался выраженный болевой синдром лишь в первые несколько дней после госпитализации. При оценке психологического компонента КЖ наблюдалась сходная картина. Самые низкие значения имели пациенты с ИБС, АГ, СД типа 1 и 2, что может указывать на наличие выраженных изменений в их психической сфере, подтверждаемых данными психологических тестов (самые высокие шкалы депрессии и ипохондрии, реактивной и личностной тревожности). Показатели социального компонента КЖ были достоверно более низкими у больных АГ, ИБС, СД, при которых чаще обнаруживались нарушения в социальном функционировании, трудоспособности с наличием худшего материального положения. Трудоспособных не устраивала работа, уровень образования, жилищные условия, взаимоотношения на производстве. Большинство обследованных были не удовлетворены взаимоотношениями в семье, образом жизни, качеством оказываемой им медицинской помощи.

Вышеизложенное подтверждают результаты кластерного анализа. При распределении пациентов на 5 кластеров в I (38,4%) - вошли больные с низким КЖ; во II (31,2%) – с КЖ ниже среднего; в III (19,8%) – со средним КЖ; в IV (6,8%) – с КЖ выше среднего; в V (3,8%) – с высоким КЖ и низким уровнем тревожности. Обследуемые с ИБС, АГ и СД в подавляющем большинстве относились к I и II группам.

Результаты исследования КЖ у пациентов с ПЗ необходимы для правильной организации помощи на медицинском, психологическом и социальном этапах.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.

Симаненков В.И., Лутаенко Е.А., Романова И.Б., Гомон Ю.М.

Санкт-Петербургская Медицинская Академия Последипломного образования, Санкт-Петербург

Цели: Оценить распространенность, а также социодемографические особенности синдрома раздраженной кишки (СРК) среди взрослого населения г. Санкт-Петербурга. Исследование проводилось в период с октября 2003 по март 2004 года.

Методы: Из электронных баз данных населения двух случайным образом выбранных территориальных поликлиник г. Санкт – Петербурга также случайным образом с использованием генератора случайных чисел была выбрана группа из 500 человек в возрасте от 18 до 55 лет. В ходе телефонного опроса респондентам было предложено ответить на вопросы, касающиеся функционирования желудочно-кишечного тракта. Скрининговая анкета была создана в соответствии с римскими диагностическими критериями II.

Результаты: Согласно полученным данным, распространенность СРК в Санкт-Петербурге соответствует общемировой статистике и составляет 8,4% (1,6% и 6,8% среди мужчин и женщин, соответственно).

В США только 25 – 30 % больных с СРК обращаются за медицинской помощью. В нашем исследовании количество «пациентов» составляет 53,5%, что не соответствует прогнозируемому ($p < 0,0001$). При этом необходимо отметить, что согласно американскому исследованию распространенности функциональных гастроинтестинальных расстройств, состояния, сопровождающиеся болью (СРК, функциональная диспепсия и т.д.), а также расстройствами стула, ассоциированы со значимо более высоким уровнем обращаемости за медицинской помощью (более 40%), чем такие наиболее часто встречающиеся функциональные расстройства как аэрофагия или метеоризм.

С помощью непараметрического корреляционного анализа по Спирмену проанализирована и доказана связь обращаемости ($r = -0.45$; $p = 0.002$), количества опозданий на работу (учебу) ($r = 0.36$; $p = 0.01$) и регулярности приема лекарственных средств ($r = 0.4$; $p = 0.008$) с тяжестью течения СРК.

Выводы. Наличие корреляционных связей между обращаемостью за медицинской помощью, количеством опозданий, регулярностью приема лекарственных средств и тяжестью течения отражает в большей или меньшей степени выраженную психосоциальную дезадаптацию пациентов с различными по тяжести течения вариантами СРК.

АФФЕКТИВНЫЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ СИМПТОМЫ В ДИНАМИКЕ РЕАКЦИИ УТРАТЫ.

Собенникова В.В., Шадарова М.Л.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Переживание утраты близкого может сопровождаться широким спектром психопатологических расстройств, включающих симптомы депрессии, тревоги, посттравматического стрессового расстройства, которые часто имеют транзиторный характер. При этом, нередко на первый план выступают множественные соматические жалобы и вегетосоматические дисфункции, имеющих тенденцию к хронификации. Вследствие транзиторности и «стертости» психопатологических расстройств лица, перенесшие утрату, часто длительно и необоснованно наблюдаются интернистами, получают соматотропную терапию, которая оказывается малоэффективной (Woof W.R. с соавт.1997).

Целью данного исследования было изучение распространенности соматоформной симптоматики в структуре реакции утраты.

Аналізу подвергнута медицинская документация (амбулаторные карты, выписные эпикризы), всех пациентов (47 человек), направленных на консультацию психиатра после утраты близкого по одному из участков Иркутского ПНД. Из исследования исключались лица с текущим шизофреническим процессом, тяжелой органической патологией, атрофическими заболеваниями ЦНС. Преобладали лица женского пола (80,9%), средний возраст на момент обращения - 42,4 ± 1,3 лет. Согласно модальности утраты, изученные случаи распределились образом: 19 человек (40,4%) перенесли утрату супруга (лишь в одном случае речь шла об утрате жены, в остальных - мужа), 15 (31,9%) родителей, 7 (14,9%) ребенка (в одном случае речь шла о спонтанном аборте), 4 (8,5%) смерть сиблинга и 2 (4,2%) - друга. Период первичного обращения к психиатру после психогении в среднем, составил 16 ± 1.6 месяцев, средняя продолжительность наблюдения 34,8 ± 2.2 месяца. Продолжительность и выраженность

психопатологической симптоматики во всех случаях определяла диагностику осложненной реакции утраты.

В кругу психопатологических нарушений в 93,6% случаев обнаруживались персистирующие симптомы депрессии со сниженным настроением, подавленностью, тоской, тревогой, плаксивостью, равнодушием к окружающему, отгороженностью с фиксацией на мыслях и воспоминаниях о умершем. В 40,9% случаев преобладал тревожный компонент аффекта, с чувством внутренней напряженности, беспокойством, в части случаев с фобическими расстройствами (открытых пространств, толпы, одиночества, смерти). В четверти наблюдений (25%), ведущим аффективным радикалом являлся тоскливый с унынием, тоской, подавленностью, слезливостью, чувством вины перед умершим. Гораздо реже (6,8% случаев) преобладал апатический компонент аффекта с безразличием, равнодушием, отгороженностью безучастностью к окружающему. В остальных случаях (27,3%) отмечались смешанные, чаще тоскливо-тревожные проявления.

Аффективные расстройства в 44,6% случаев сочетались с жалобами астенического характера (утомляемость, вялость, снижение работоспособности, раздражительность, умственные затруднения, ухудшение памяти на текущие события). Диссомнические расстройства наблюдались в 76,6% случаев, нередко с наличием кошмарных сновидений по содержанию связанных с утратой. В 4 случаях (8,5%) отмечено появление патохарактерологических реакций со злоупотреблением алкоголем, усилением вспыльчивости, агрессивности. У одного больного на фоне многодневного пьянства развился транзиторный психотический эпизод с обманами чувств, по содержанию, связанными с умершим родственником. В 2 случаях (4,3%) в клинической картине отмечались диссоциативные расстройства по типу «фантома» продолжающейся жизни с переживанием присутствия умершего рядом с больным.

Выраженные жалобы телесного характера предъявляли 33 человека (70,2%). Спектр данных жалоб был широк от относительно простых, соответствующих ощущениям при соматической патологии до сложных, сближающихся с сенестопатическими «вычурными», «фантастическими» телесными ощущениями.

Наибольшее распространение имели соматоформные дисфункции со стороны сердечно-сосудистой системы. Боли в грудной клетке отмечали 18 пациентов (38,2%), из них у 12 человек преобладали жалобы на боли в сердце (преимущественно жалобы звучали, как «покалывающие», «ноющие»), в двух случаях данные ощущения приобретали сенестопатический оттенок - «разрывные», и чувство «онемения» сердца. Такие ощущения провоцировались «мыслями и воспоминаниями» об умершем и не имели связи с физической нагрузкой. Лишь в двух случаях боль имела «стенокардитический» характер - «давящие», с иррадиацией в левую руку, сопровождающиеся одышкой и усиливающиеся при физической нагрузке, при этом лишь у одного больной стенокардия была подтверждена врачом-терапевтом. У 6 пациентов боли в грудной клетке четко не идентифицировались с сердцем и определялись больными, как «боль в области грудины», «тяжесть в груди», «боли в левой половине тела», «тяжесть в межлопаточной области».

Почти половина пациентов (22 человека-46,8%), предъявляли жалобы на стойкие головные боли, впервые появившиеся после утраты близкого. Наиболее часто жалобы характеризовались, как «давящие», «тянущие», «опоясывающие». Подчеркивалась их интенсивность и эмоциональная непереносимость - «страшные», «сильные», в двух случаях головные боли приобретали мигреноподобный характер, в четырех, жалобы носили вычурный характер - «тряска в голове», «жжение в затылке», «щекотание, хруст, шум в голове», либо - «ощущение ползания мурашек в левом ухе и левой половине головы». Сопутствующая нестабильность АД при этом отмечалась в четырех наблюдениях, в шести случаях головные боли сопровождались головокружением. Другие вегетативные симптомы отмечались также в четырех случаях, в структуре пароксизмально возникавшей тревоги, и были представлены жалобами на ощущение «внутренней дрожи», «тряски тела», потливостью, «жаром в сосудах головы и ног», неустойчивостью походки.

Наряду с соматоформными симптомами в 17% наблюдений имела место конверсионно-диссоциативная симптоматика - «онемение в руках и ногах», «бегание мурашек в стопах», «боли в пояснице», «напряжение мышц шеи», «судороги в мышцах ног», или полное

исчезновение чувствительности- «отнялась левая нога», «рука плетью повисла», ощущение «кома» в горле при приеме пищи. Как правило, отчетливые конверсионно-диссоциативные нарушения наблюдались в первые дни после смерти близкого и имели транзиторный характер, в последующем трансформируясь в малодифференцированную симптоматику в зоне произвольной иннервации («дрожь в мышцах», «судороги», «напряжение»). Соматические жалобы, связанные с нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта- боли в желудке и кишечнике, тошнота предъявляли лишь 5 пациентов (10,6%).

В течение заболевания аффективные и соматоформные симптомы появлялись совместно после психотравмы, обнаруживая в дальнейшем различную динамику. Напряженность аффективной симптоматики со временем сглаживалась, в то время как соматоформные расстройства имели тенденцию к хронификации и расширению.

«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ» ЛИЧНОСТНАЯ СТРУКТУРА

Соловьева С.Л.

Санкт-Петербургская государственная медицинская Академия им.И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург

Многочисленные исследования посвящены изучению психологических особенностей больных с психосоматическими заболеваниями. Наряду с частными, специфическими особенностями, характеризующими лиц с определенной соматической патологией, выделены общие, неспецифические черты.

На социально-психологическом уровне функционирования личности выявляются такие общие, неспецифические черты пациентов с психосоматическими расстройствами, как повышенная социальная нормативность, с развитыми морально-этическими нормами и чувством долга. Это лица, для которых существенным условием психологического комфорта является требование определенного порядка в окружающем мире, который должен быть контролируем и предсказуем. Степень потребности в упорядоченности достигает у них столь высокого значения, что проявляется в значительной части случаев в формировании невротического сверхконтроля поведения, который сочетается с чертами перфекционизма. Потребность во власти и контроле, реализуемая с помощью соматических симптомов, может достигать уровня аддикции.

Невротический сверхконтроль поведения с повышенной зависимостью от социального одобрения, с ориентацией на социально-нормативное поведение в основе своей имеет неуверенность в себе, что выражается на психологическом уровне функционирования личности в низкой или в неустойчивой самооценке. Неустойчивая самооценка компенсируется утрированной решительностью, смелостью. В силу наличия подобных механизмов гиперкомпенсации пациенты с психосоматическими нарушениями выглядят как люди, ориентированные на социальные достижения, с высоким уровнем притязаний, честолюбием и амбициозностью. Они чувствительны и повышено ранимы в отношении всего того, что затрагивает их эгоцентрические субъективно значимые ценности и цели. В этой связи отмечается повышенная психологическая уязвимость пациентов, их низкая фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость.

Скованность и зажатость движений сопровождается тенденцией к подавлению и, вследствие этого, к неосознаванию эмоций, что квалифицируется в современных исследованиях в терминах алекситимических расстройств. Больные с психосоматическими нарушениями не отдают себе отчета в тонких нюансах собственных переживаний; их эмоции приобретают упрощенную, подчас несколько огрубленную форму своего выражения.

Амбивалентные мотивации, часто присущие лицам с широким ролевым репертуаром, у пациентов с психосоматическими заболеваниями фиксируются, формируя внутриличностный конфликт, как правило, между личными тенденциями и тенденциями, ориентированные на социально одобряемое поведение. Внутриличностные конфликты пациентов экстраполируются вовне и дополняются межличностными конфликтами, которые интерпретируются больными в терминах «борьбы за справедливость», «установления истины» и т.п. Специфика

межличностных конфликтов пациентов с психосоматическими нарушениями часто приводит к квалификации их поведения как паранойяльного.

В литературе часто указывается на повышенную агрессивность лиц с психосоматическими нарушениями. Однако избыточный контроль поведения, блокируя свободное выражение агрессивных тенденций во внешнем поведении, формирует эмоциональное напряжение, которое может выступать в качестве дополнительного фактора этиопатогенеза психосоматических расстройств.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Соловьева С.Л.

Санкт-Петербургская государственная медицинская Академия им.И.И.Мечникова,
Санкт-Петербург

Под агрессивным поведением (агрессией) понимают демонстрацию превосходства в силе или применение силы с целью причинения вреда, нанесения ущерба. В последнее время все большей популярностью пользуется классификация форм агрессии Гюнтера Амона, который рассматривает три вида агрессии: конструктивную, деструктивную и дефицитарную.

Конструктивная агрессия – прямое открытое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом. Данная форма агрессии не является показанием для проведения психотерапии. Деструктивная агрессия – прямое открытое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально-негативным результатом.

Деструктивная агрессия формируется под воздействием иррациональных социально-негативных суждений и установок, которые связаны друг с другом жесткими взаимно-однозначными связями, фиксированными стеничными эмоциональными реакциями. К подобным иррациональным установкам могут относиться установки долженствования, катастрофические установки, установки обязательной реализации своих потребностей, оценочные установки.

Отдельные действия деструктивного характера, включенные в целостную конструктивно-агрессивную систему поведения могут корригироваться в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии. При проведении когнитивно-поведенческой психотерапии иррациональные суждения, лежащие в основе деструктивных действий, разрушаются и переформулируются на основе рациональной системы установок, т.е. системы гибких эмоционально-когнитивных связей, обслуживающих конструктивно-агрессивное поведение. Эта система имеет вероятностный характер, выражает собой пожелание, предпочтение определенного развития событий.

В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии воздействие осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

Воздействие на когнитивном уровне. Рационально-эмотивная психотерапия применяет сократовский тип диалога между пациентом и терапевтом. Применяется когнитивный диспут.

Воздействие на эмоциональном уровне. Терапевтом используются различные способы драматизации предпочтений и долженствований. С этой целью терапевт может использовать ролевую игру, чтобы показать пациентам, какие ложные идеи руководят ими и как это влияет на их отношения с другими людьми. Терапевт может применять моделирование, чтобы показать пациентам, как принимать различные идеи. Терапевт использует юмор, чтобы довести до абсурда иррациональные мысли. Терапевт использует безусловное принятие, показывая пациентам, что он принимает их, несмотря на наличие у них негативных черт, что дает им импульс для принятия себя.

Воздействие на поведенческом уровне. На поведенческом уровне используется тренинг, направленный на замену деструктивно-агрессивных образцов поведения на конструктивно-агрессивные. Эффективным считается поведение, обеспечивающее достаточную степень отреагирования негативных эмоций при соблюдении морально-этических норм и правил пове-

дения. Обучение более свободному проявлению в поведении негативных переживаний в социально приемлемой форме позволяет в целом снижать уровень агрессивности.

СОМАТОФОРМНАЯ СИМПТОМАТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ШИЗОФРЕНИИ

Старкова Н.В., Москалев В.И., Собенников В.С., Пушков С.В., Троценко И.В.,
Володина А.В.

Областной психоневрологический диспансер, Иркутский государственный
медицинский университет, Иркутск

Согласно многочисленным исследованиям (Консторум С.И., с соавт., 1935; Момот Г.Н., 1957; Рохлин Л.Л., 1956, 1961; Ротштейн Г.А., 1961; Струковская М.В., 1970; Басов А.М., 1981; Аведисова В.С., 1982; Смулевич А.Б., 1987; Собенников В.С., 1988; Блейлер Э., 1920; Lange J., 1928; Huber G., 1957) соматоформная и ипохондрическая симптоматика в клинической картине шизофрении может быть представлена в структуре как малопрогрессирующих, так и манифестных форм заболевания.

Целью данного исследования было изучение распространенности соматоформных симптомов и проявлений соматовегетативной дисфункции в дебюте и динамике шизофрении.

В исследование включались все больные (125 человек) с впервые установленным диагнозом шизофрении, обратившиеся в ИОПНД за период наблюдения 2000-2005г.г., по 6 врачебным участкам. В 40% наблюдений (50 пациентов -34 женщины и 16 мужчин) в клинической картине заболевания была выражена соматоформная и ипохондрическая симптоматика. Возраст на момент первичного направления в ИОПНД был от 18 до 55 лет (средний возраст $37,7 \pm 0,9$ лет). Наследственная отягощенность психической патологией прослеживалась у 16 больных, соматической – в 5 случаях.

Очерченная соматоформная симптоматика у 18 пациентов наблюдалась в течение инициального этапа или стертого инициального приступа в дебюте приступообразно прогрессирующей шизофрении. Средний возраст появления инициальных симптомов составил $33,5 \pm 1,2$ лет. Клиническая картина на данном этапе была представлена преимущественно астеническими, обсессивно - фобическими расстройствами, тревожно- депрессивными аффективными нарушениями. Доминировали проявления депрессивной соматизации. Соматические симптомы депрессивного генеза включали в себя: снижение аппетита, нарушение сна, чувство мышечной усталости, тяжести в груди и животе, вегетативные дисфункции. Наряду с этим, с самого начала заболевания выявлялись и патологические сенсации отражающие нарушение общего чувства тела (коэнестезию) - сенесталгии, сенестопатии, в ряде случаев сопровождающиеся фобическим и сверхценным ипохондрическим фабулированием. Эти симптомы проявлялись чаще первично и сохранялись в дальнейшем на манифестном этапе, лишь «перекрываясь» симптоматикой более глубокого регистра и вновь актуализировались в структуре ремиссии. В двух наблюдениях многолетняя астения, апатическая субдепрессия, отдельные сенестопатии и симптомы вегетативной дисфункции предшествовали острому манифесту галлюцинаторно- бредовой симптоматикой с кататоническими включениями.

Острый манифест без инициального этапа отмечен у 14-ти пациентов. Клиническая картина определялась аффективно-бредовыми расстройствами. Преобладали проявления тревожной депрессии и острый чувственный бред с фабулой колдовства, порчи, либо нигилистически-ипохондрическим фабулированием. Соматоформные нарушения в начале приступа характеризовались явлениями соматоформной вегетативной дисфункции. У 6 пациентов преобладали симптомы со стороны ЖКТ, у 4 – мочеполовой системы, у 2 – С.С.С. В динамике развития приступа они приобретали полиморфный характер и были представлены явлениями депрессивной, тревожно-фобической, истеро-конверсивной соматизации, а также сложными (структурированными, идеаторными) сенестопатиями и сенестоконэстезией. В ряде случаев на высоте приступа формировалась острая парафрения с явлениями сенестопатического автоматизма.

Третью группу составили больные с длительным латентным периодом, с последующей активацией процесса в рамках малопрогрессирующей шизофрении с тенденцией к приступо-

образованию (18 человек). Соматоформная симптоматика включала преимущественно ко-эстетические расстройства (сенестоалгии, сенестопатии), а также явления тревожно-фобической соматизации, при наличии паникоподобных состояний. В данной группе больных особенно отчетливо проявлялись соматовегетативные расстройства, чаще дисфункции со стороны ЖКТ (у 10-х больных), либо ССС (у 8-х больных).

Полученные данные позволяют отметить высокую частоту, выраженность, а также психопатологический полиморфизм соматоформной симптоматики в клинической картине преимущественно приступообразных форм шизофрении, особенно в дебюте заболевания. Диагностическое и прогностическое значение данных расстройств, требует дальнейшего уточнения.

ИЗ ОПЫТА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Степанченко О.Ю., Судейкин И.В., Конопак И.А., Провадо И.П.

Иркутский государственный университет, Иркутск

Нами проведена реабилитация в отдаленный постсуицидальный период 47 пациентов. После проведения реанимационных мероприятий с пациентами проведена комплексная психологическая работа, включающая экспериментально-психологическое исследование, психологические занятия в индивидуальной и групповой формах.

Обследование осуществлялось батареей стандартных методик, в частности, ММРІ; «ТОР3» (Томский опросник ригидности Залевского); тест Спилбергера – Ханина.

Подавляющее большинство пациентов составили женщины – 90%; 10% – мужчины. По возрасту: до 20 лет – 23%; до 30 лет – 33%; до 40 лет – 29%; до 50 лет – 6%. Более 60% составили лица со средним образованием; 24% - со средне-специальным; чуть более 10% имели высшее образование, остальные – ниже среднего. В браке состояли 51%; разведены – 10%; 39 % – одиноки. В 100% случаев попытка совершена посредством отравления. При сборе анамнеза выяснилось, что в 100% случаях пациенты незадолго до «с»- попытки обращались за помощью к участковым врачам. При консультации психиатром все они признаны «психически здоровыми».

Результаты психологического исследования продемонстрировали «высокие» показатели предикторов суицидального риска, имеющих прогностическое значение: личностная тревожность достигала $37,06 \pm 6,6$ баллов, а реактивная – достигала 50,46 баллов («высокий» уровень); Шкала СКР (Симптомокомплекс ригидности) достигала «высокого» уровня – до 152,6 баллов; Шкала АР (Актуальной ригидности) – до 38 баллов («высокий» уровень); Шкала СР (Сензитивной ригидности) – до 46 баллов («высокий» уровень); Шкала РСО (Ригидности как состояния) доходила до 19,2 баллов – уровень «очень высокий».

Проведенная психологическая реабилитация, включающая преимущественно методы арт-терапии, в том числе «музыка-» и «смехо-» терапии в сочетании с релаксирующими методами в индивидуальной и групповой формах позволила снизить все эти показатели до «умеренного» уровня. Катамнестический период наблюдения позволил сделать вывод о достаточной эффективности предложенной батареи методов.

Таким образом, использование в медицинской практике всех достижений современной клинической психологии, тесное взаимодействие врачей соматической практики и клинических психологов, работающих с пациентами по партнерскому принципу, способствует актуализации и мобилизации защитных ресурсов личности и направлена, в целом, на охрану психического здоровья населения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Степанченко О.Ю., Судейкин И.В., Конопак И.А., Москалев В.И.

Иркутский государственный университет, Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

В.П.Коханов, В.Н.Краснов (2000) отмечают особую роль взаимодействия врачей и психологов в оказании помощи лицам с психосоматическими расстройствами.

За последние годы перед медицинскими психологами поставлены новые задачи работы с населением. После чрезвычайных ситуаций практически во всех возрастных группах значительно возрастает психосоматическая заболеваемость, растет число самоубийств. Суицидальные тенденции наблюдаются у лиц опасных профессий, вернувшихся из горячих точек. Недаром Н.И.Пирогов писал: «Война – это травматическая эпидемия». Существенный вклад в развитие данного направления внесли видные ученые: В.М.Бехтерев, В.А.Гиляровский, Г.Е.Сухарева, О.В.Кербиков, П.К.Анохин.

По данным сотрудников медицины катастроф известно, что в чистом виде психотерапевтические методы сложны для использования ввиду трудоемкости; но уже на первом этапе возможно использование минимальных портативных средств, в том числе использование сеансов музыкотерапии в сочетании с релаксирующими методиками.

Исключительно важной составляющей, на наш взгляд, оказывается и грамотное проведение целенаправленных бесед, включающих «Методику контактного взаимодействия с личностью» Л.Б.Филонова, правильную организацию метода включенного наблюдения.

Подобный комплекс психологического воздействия позволяет ослабить возникающие аффективные нарушения, насыщенность переживаний; кроме того, этим предотвращается и возможные в будущем интеллектуально- синестические нарушения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕЗАВЕРШЕННОГО СУИЦИДА ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОГО ЦЕНТРА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Стрижков Д.Ю., Алексеевская Т.И., Зобнин Ю.В., Провадо И.П.
Медицинский университет, центр острых отравлений, Иркутск

Изучен показатель распространенности незавершенного суицида в городе Иркутске по данным Иркутского центра острых отравлений (отделения острых отравлений МУЗ «МСЧ ИАПО») в 1984-2003 гг.; учетным документом была карта стационарного больного с острым отравлением. Во внимание принимались лишь те случаи отравлений, когда пострадавший признавался в желании покончить жизнь самоубийством.

Показатель распространенности незавершенного суицида составил, в среднем, 55,2:100000. Отмечено увеличение числа суицидальных попыток с 1997 года. Темп прироста этого показателя в 1997 году равен 29,1% , а в 1998 году -4,8%.

Среди женщин показатель распространенности самоубийств был 81,3, а среди мужчин - 25,9 случая (на 100 тыс.). Коэффициент корреляции - 0,99.

Уровень суицидального риска в различных возрастных группах выглядел следующим образом (в среднем по годам): 10-19 лет - 81,1; 20-29 лет - 97,2; 30-29 лет - 58,1; 40-49 лет - 45,0; 50-59 лет - 19,8; 60-69 лет - 15,9; 70 лет и старше - 13,5 (на 100 тыс. населения данной возрастной группы). Наиболее высок показатель незавершенного суицида в возрасте 10-19 и 20-29 лет. В данных возрастных группах показатель распространенности самоубийств среди женщин в 5,2 раза превосходил таковой среди мужчин.

При исследовании влияния фактора сезонности на показатель незавершенного суицида, выявлена тенденция к его увеличению в весенний и осенний периоды (с 3,8 до 6,1 на 100 тыс. населения).

Наиболее высоким показатель распространенности самоубийств был среди лиц, совершивших суицидальные действия в вечернее время суток (с 18.00 до 24.00)-11,4:100000.

Среди отравляющих веществ, избранных для суицидальных действий преобладали лекарственные средства - 90,8%. Отмечено уменьшение частоты использования с суицидальной целью некоторых лекарственных препаратов, в отношении которых было принято решение о запрещении безрецептурного отпуска в аптеках. В последнее время с суицидальной целью стали использоваться и наркотические вещества (опиаты). Более редким было использование прижигающих ядов - 6,5%; ложных суррогатов алкоголя (0,5%), бензола, угарного газа, соединений ртути, паяльной жидкости, белизны, фосфорорганических веществ и др.

Таким образом, город Иркутск может быть отнесен к регионам с высоким популяционным риском суицидального поведения. Этот риск наиболее высок у наиболее молодой, трудоспособной части населения, особенно у женщин фертильного возраста, а также в переходные сезоны года (осенний и весенний), в вечернее и ночное время суток. Это подтверждает необходимость, в частности, создания в г. Иркутске специализированного центра по оказанию психотерапевтической и психологической реабилитации лиц, совершивших суицидальные действия. Снижению суицидального риска отравления сильнодействующими веществами могло бы способствовать и усиление контроля над хранением и отпуском лекарственных препаратов.

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДЕЛЕНИИ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Татарина Л.М.

Областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Главной особенностью соматоформных расстройств (СФР) являются постоянные жалобы пациентов на здоровье, несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение. В отечественной психиатрии соматоформные расстройства принято рассматривать в рамках психогенных заболеваний, динамики конституционально-личностной патологии, а основное значение в их генезе придают психогенным, в том числе ятрогенным, и конституциональным факторам. Концепция соматоформных расстройств тесно связана с концепцией ипохондрии и истерии, а также с изучением проявлений тревоги и депрессии.

С целью изучения типологических и клинико-эпидемиологических особенностей СФР, проведен анализ 23 историй болезней больных, прошедших лечение в отделении дневного пребывания в 2004 году и у которых выявлены синдромально-завершенные соматоформные расстройства. Женщин было 15 человек (65.2%), мужчин – 8 (34.8%). От числа всех пролеченных в отделении за год больных, лица с данной патологией составили 1.9%. Диагностика осуществлялась с использованием критериев МКБ – 10.

Средний возраст на момент лечения больных с СФР составил у женщин 50.3 лет, у мужчин – 37.5 лет. Отмечается близкая частота обращения женщин (2 пациента) и мужчин (3) в возрасте 21 – 30 лет и значительное преобладание обращаемости женщин в возрастном диапазоне 41 – 50 лет (5 пациентов) и 51 – 60 лет (6) по сравнению с мужчинами (1 и 2 пациента соответственно).

По уровню образования больные распределились следующим образом: высшее имели 13 (56.5%) больных, средне техническое – 4 (17.4%), среднее образование было у 6 (26.1%).

Длительность заболевания до текущей госпитализации в 2004 году колебалась от нескольких месяцев до 6 лет. Впервые проходили стационарное лечение 8 пациентов, повторная госпитализация была у 4, третья у 5, 4 и более госпитализаций у 6 больных. Лишь в 8 случаях (34.8%) имели место указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые можно было связать с развитием и динамикой расстройств. Пять из этих больных были впервые направлены на стационарное лечение. В значительно большем числе случаев (65.2%), отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявлялись.

Наиболее часто диагностировалось соматоформная вегетативная дисфункция. Жалобы этих больных были структурированы таким образом, что предполагали обусловленность физическим расстройством той системы или органа, которые в основном или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно – сосудистой, желудочно – кишечной, дыхательной и частично мочеполовой систем. Характерная клиническая картина складывалась из признаков вовлечения вегетативной нервной системы, в основном, однако, субъективного плана и постоянных ссылок на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства. Жалобы отражающие дисфункцию сердечно – сосудистой системы наблюдались у 9 (39.1%) больных, желудочно – кишечного тракта у 11

(47.8%), дыхательной системы у 9 (39.1%), мочеполовой -3 (13%). Устойчивое болевое соматоформное расстройство отмечено у 9 больных (39.1%), преобладающие конверсионные нарушения у 3 (13%), недифференцированное соматоформное расстройство у 1 больного (4.3%). Только у 5 (21.7%) пациентов соматоформные расстройства ограничены одной системой, у 13 (56.6%) двумя, у 5 (21.7%) тремя.

В большей части наблюдений соматоформные расстройства сочетались с другими (коморбидными) психопатологическими нарушениями. Наличие панических расстройств отмечено у 3 (13%) больных, тревожнодепрессивного расстройства у 8 (34.8%), диссоциативных расстройств у 1 (4.3%) больного, депрессия диагностировалась в 9 (39.1%) случаях, дистимия в 1 (4.3%). Лишь в 1 (4.3%) наблюдении соматоформное расстройство отмечено в «чистом» виде.

ТРЕВОГА, ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ И СОМАТОФОРМНЫЕ ЖАЛОБЫ У ОПИЙНЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ПЕРИОД ОТМЕНЫ.

Трященко Е.В.

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Целью исследования было выявление взаимосвязи выраженности тревоги, вегетосоматических дисфункций и соматоформных жалоб в динамике опийной абстиненции.

Изучено 125 человек, страдающих опийной зависимостью, в период отмены, проходивших стационарное лечение в Иркутском областном психоневрологическом диспансере в течение 2001-2002гг. Применялся клинический метод, проводились регистрация и расчет ряда показателей, характеризующих состояние надсегментарного отдела вегетативной нервной системы (изменение ЧСС, АД систолического и диастолического, ЧД, индекс Кердо, минутного объема крови (МОК), индекса МОК, коэффициента Хильдебранта). Уровень тревоги верифицировался с помощью опросника Цунга.

Наличие выраженных вегетосоматических дисфункций и соматоформных жалоб в период отмены выявлено у 96 обследуемых, что составило 76% от всего массива. Среди них, выраженные проявления тревоги в структуре абстинентного синдрома были представлены в 76 случаях (79% и лишь у 20 больных (21%) тревога не регистрировалась.

У пациентов с наличием тревоги в структуре абстинентного синдрома отмечены наиболее выраженные изменения вегетативных показателей и большее число соматоформных жалоб по сравнению с группой без тревожных проявлений. Наиболее часто соматоформные жалобы и вегетосоматические дисфункции относились к сердечно-сосудистой системе и желудочно-кишечному тракту.

Кроме того, выявлялись различия между группами в направленности изменений некоторых показателей отражающих дисфункцию надсегментарного отдела вегетативной нервной системы. Уровня статистической достоверности достигали более высокие усредненные показатели частоты дыхания (ЧД) в «тревожной» группе и более высокие показатели систолического АД, в группе без тревожных проявлений в структуре абстинентного синдрома.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Харькина Д.Н., Пивоварова Т.Е.

Кафедра психиатрии с наркологией, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж

Цель. Изучение типов отношения к болезни у больных с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в условиях свободной выборки, однократно, в стационарных условиях (отделение гастроэнтерологии) обследовано 50 больных хроническим панкреатитом (35 женщин и 15 мужчин), в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст $42,97 \pm 14,2$), с использованием личностного опросника Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева (ЛЮ-БИ). Больные обследовались в течение первой недели их пребывания в стационаре. Данные

статистически обрабатывались на персональном ЭВМ с использованием программ Excel (Office 2000) и Statistica v.6.0 (2005) для вычисления стандартных статистических показателей.

Результаты. В общей группе больных хроническим панкреатитом доминировали обсессивно-фобический (34%) и неврастенический (28,5%) типы отношения к болезни. С меньшей частотой встречались тревожный (20%), сенситивный (20%), ипохондрический (20%) типы. При корреляционном анализе были выявлены достоверные прямые взаимосвязи между различными типами отношения к болезни и рядом других показателей: у лиц мужского пола чаще встречались ипохондрический и сенситивный типы ($k=0,25$). У женщин доминировали обсессивно-фобический, неврастенический и тревожный типы отношения к болезни ($k=0,29$). С увеличением возраста достоверно чаще встречался ипохондрический тип ($k=0,33$).

Выводы: отмечается тесная взаимосвязь психических и соматических расстройств при хроническом панкреатите. Для формирования оптимальных подходов к лечению больных хроническим панкреатитом следует учитывать индивидуальные особенности личности человека с углубленным исследованием реакций пациентов на свою болезнь. Диагностика типов отношений к болезни необходима для использования дифференцированных реабилитационных программ с включением в традиционные схемы терапии хронического панкреатита психотропных препаратов и методов психотерапии.

ИНФОРМАЦИОННО-РАДИОВОЛНОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Хромушин О.Н.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель работы - определение эффективности использования методов информационно-волновой диагностики (ИВД) и информационно-волновой терапии (ИВТ) у больных с соматоформными расстройствами.

Метод заключается в измерении электромагнитных излучений акупунктурных – биологически активных точек (БАТ) и рефлексогенных зон для регистрации радиосигналов, собственных тканям организма, с помощью анализатора информационного сигнала «АИС» (радиометра); сигналы детектируются и обрабатываются с помощью ЭВМ. Полученная спектрограмма с амплитудными и частотными характеристиками спектра излучения органа несет информацию о состоянии метаболизма клеток и позволяет выявлять начальные (функциональные) и глубокие нарушения информационного гомеостаза, а также и метаболизма.

ИВТ заключается в воздействии через БАТ на органы, показавшие при диагностике отклонения от нормы информационного гомеостаза, электромагнитными волнами миллиметрового, инфракрасного и части видимого диапазона волн низкой мощности, которые осуществляют коррекцию информационного гомеостаза в клетках организма. Для этого используется аппарат «Минитаг», который воспроизводит сигналы здоровой клетки (Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А., 1999).

Результаты. Указанными способами изучено и пролечено 20 больных с соматоформными вегетативными дисфункциями (F45.3 по МКБ-10), у всех больных выявлены нарушения информационного сигнала. Независимо от типа вегетативных дисфункций (F45.30 – F45.34) в наибольшей мере отклонения информационного гомеостаза касались центральной нервной системы, щитовидной железы, гипоталамуса, аденогипофиза, миокарда, печени и желчного пузыря. Имела место деформация структуры радиосигнала и отклонение его амплитудных и частотных характеристик. В процессе терапии 8-10 дневными курсами информационно-волновых воздействий отмечалась нарастающая нормализация радиосигнала во всех БАТ, проекционно связанных с указанными органами и системами. Параллельно с этим констатировалось существенное клиническое улучшение.

Заключение. Информационно-волновой метод диагностики и лечения невротических расстройств (в частности – соматоформных) расширяет возможности более глубокого про-

никновения в их патогенетические механизмы, а также позволяет повысить эффективность их коррекции и лечения больных.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА ПРИ ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Цилли Е.И., Пушкин С.В., Троценко И.В., Дорошкевич О.П., Володина А.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель. Эффективность мексидола при лечении астенической симптоматики в рамках различных психопатологических расстройств.

Методы. Обследовано стационарно 14 больных (недостаточно выраженное смешанное тревожно-депрессивное расстройство – 4 человека, соматизированное – 3 человека, ипохондрическое – 2 человека, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – 5 человек); из них 11 женщин и 3 мужчин (первичных – 5 человек, повторных – 9 человек); средний возраст больных 33,5 лет; средний возраст начала психического расстройства 24,3 года; средняя длительность заболевания от 2-х недель до 1,5 лет. Используются клинико-психопатологический, патопсихологический методы, шкала астенического состояния (ШАС), субъективная шкала оценки астении (MFI-20), карта учёта психопатологической симптоматики, шкала тревоги Гамильтона.

Мексидол назначался в дозе 125 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 6 недель.

Результаты. У обследованных больных выявлена астеническая симптоматика, определена степень её выраженности («слабая астения» - 7, «умеренная» - 5, «выраженная» - у 2 больных) и вид (физическая астения - 1, психическая – 6, общая – у 7 больных). Отмечен в динамике, т.е. на 7, 14, 28 и 48 день приёма мексидола регресс показателей астении. Так, некоторые проявления «слабой астении» (повышенная отвлекаемость на внешние раздражители, раздражительность, нарушения сна и аппетита, болевые ощущения) прошли к 7 дню приёма мексидола. Продолжали держаться физические ощущения вялости, слабости, разбитости, тревожные опасения за здоровье, лабильность настроения, повышенная утомляемость и отвлекаемость, интенсивность которых значительно уменьшилась к 14 дню и полностью купировались к 28 дню приёма препарата. Проявления «умеренной астении» сохранялись к 7 дню; интенсивность их незначительно снижалась к 14 дню; на 28 день приёма мексидола большинство проявлений астении (физические ощущения вялости, слабости, разбитости, повышенная утомляемость и отвлекаемость) прошли. Лабильность настроения и вегетососудистая лабильность нормализовались к 48 дню. Проявления «выраженной астении» (болевые ощущения, нарушения сна и аппетита, лабильность настроения и вегетососудистая лабильность, раздражительность) сохранялись, но меньшей интенсивности, к 28 дню приёма мексидола. Некоторые из них (лабильность настроения и вегетососудистая лабильность, раздражительность, болевые ощущения) отмечались и к 48 дню приёма препарата, но были ещё менее выраженными.

Таким образом, наблюдался постепенный регресс проявлений всех видов астений при терапии мексидолом. Следовательно, этот препарат может быть рекомендован для терапии астенических проявлений в рамках разнообразных психопатологических расстройств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Цилли Е.И., Корнилова Л.И., Лыткина И.В., Снопкова Ю.Г., Ермошенко Ю.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель. Терапия ипохондрических, соматизированных расстройств и соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Методы. Обследовано 47 больных (28 женщин, 19 мужчин) в возрасте от 21 до 71 года (преобладал возраст больных от 40 до 50 лет); из них первичных 29, повторных 18 больных. Длительность заболевания от 2-3 месяцев до 5-7 лет. Используются клинико-психопатологический, патопсихологический методы с психофармакологическим подходом.

Результаты. Больным с ипохондрическими (10 человек), соматизированными (16 человек) расстройствами и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (21 человек) с преимущественным поражением дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, сердца и сердечно-сосудистой системы проводилась комплексная терапия – нейролептики пролонгированного действия (галоперидол деканоат или модитен депо от 0,5 - 1,0 мл внутримышечно 1 раз в 2 недели) и одновременно нейролептики короткого действия – эглонил от 2,0 – 4,0 мл (100 -200 мг) внутримышечно или 200 мг внутрь 2 раза , либо этаперазин от 2,5 до 10 мг внутрь в сутки с корректором. Все это сочеталось с классическими антидепрессантами – мелипрамин или амитриптилин или анафранил от 2,0 -4,0 мл (25- 50 мг) внутривенно капельно и одновременно от 25 до 100 мг внутрь в сутки. Данная терапия на 5 - 7 сутки приводила к значительному снижению интенсивности болезненных, неприятных ощущений (жжение в области сердца, лица, шеи; покалывание, «бегание мурашек» в спине; тяжесть в конечностях; сдавливающие, распирающие боли в области желудка и т.д.). К 14 – 18 дню лечения эти ощущения полностью купировались. Некоторые больные с вышеуказанными расстройствами, кроме нейролептиков (продленного и короткого действия), классических антидепрессантов в системе получали антидепрессанты нового поколения – стимулотон от 50 до 100 мг или феварин от 25 до 100 мг или коаксил 37,5 мг внутрь в сутки. В случае необходимости больные принимали транквилизаторы (алпразолам от 0,5 до 1 мг или мексидол 375 мг внутрь в сутки) и вегетокорректоры (грандаксин, беллатаминал и др.). Также проводилась и общеукрепляющая терапия (витамины группы В, ноотропы, физиолечение и т.д.).

Заключение. Таким образом, соматоформные расстройства (ипохондрические, соматизированные и соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы) обнаруживают тропность к комплексной терапии, состоящей из нейролептиков пролонгированного и короткого действия и антидепрессантов классических и нового поколения.

НЕВРОПАТИЯ - КАК ПРЕДИКТОР РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ КЛАСТЕРА «В»

Черняк Н.Б.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Дизайн исследования. На базе ИОПНД было обследовано 98 пациентов (мужчин в возрасте 25-30 лет), ранее прошедших ВВК, с диагностированными специфическими расстройствами личности, относящимися к кругу возбудимых. Согласно современной номенклатуре (МКБ-10, DSM-IV) в кругу возбудимых расстройств личности - кластер «В» по DSM – IV; эмоционально-лабильный тип, включающий в себя подтипы импульсивный и пограничный, а так же истерический и диссоциальный типы по МКБ-10. При анализе катамнемстических данных, беседе с родителями и самими пациентами, было отмечено, что более чем в половине случаев выявлялись симптомы невропатии.

Результаты. Уже в первые месяцы жизни пациенты отличались двигательным беспокойством, плаксивостью, капризностью, нарушениями сна с вскрикиваниями и пробуждениями, они были склонны к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта в виде спазмов, срыгивания, мигрирующих диффузных болей в животе. В дошкольном периоде отмечались нарушения аппетита, избирательность в еде. Данные нарушения наблюдались в 33% случаев. Ночное недержание мочи присутствовало в 13%. Частота функциональных сосудистых нарушений с колебаниями сосудистого тонуса, склонностью к обморочным состояниям, головным болям, головокружениям, непереносимостью езды в транспорте выявлялась в 29% случаев. Во время обучения в начальной школе со стороны двигательной сферы имели место беспокойство, суетливость, элементарные компульсии. Преобладали проявления раздражительной слабости с характерной вспыльчивостью, гневливостью, как правило, заканчивающиеся истощением. Успеваемость носила крайне неровный характер с большими колебаниями достижений. Эти симптомы выявлялись в 52%.

Выводы. Частота симптомов невропатии при расстройствах личности кластера «В», предполагает ее возможную тропность к расстройствам личности возбудимого типа, что необходимо учитывать в диагностике, прогнозе, профилактике.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА, ОБРАТИВШИХСЯ ПО ПОВОДУ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА.

Шпаков Я.В., Собенников В.С.

Психотерапевтический центр «Доктор +», Иркутск

За период с июня 2003 года по март 2005 года (1 год 9 месяцев) в медицинском центре «ДОКТОР+» было проведено психотерапевтическое лечение 264-х пациентов по поводу избыточного веса. Среди обратившихся было лишь 10 мужчин, что составило 3,8%, соотношение лиц мужского и женского пола 1 : 25. Возраст пациентов варьировал от 15 до 58 лет, в среднем 36 ± 3.5 лет.

Из числа обратившихся женщин – 10% были направлены на сеансы психотерапии избыточного веса гинекологами с целью лечения бесплодия. Более 28% пациентов на момент обращения наблюдались у эндокринолога. Чаще всего диагностировались нарушения функции щитовидной железы, реже поджелудочной железы. У 46% отмечалось повышение цифр артериального давления, из них у четверти подъем давления сопровождался многократными гипертоническими кризами, а в 4% наблюдений в анамнезе отмечались ишемический инсульт и инфаркт миокарда. В 38% случаев диагностировались различные дисфункции желудочно-кишечного тракта, у 21% больных ранее была произведена холецистэктомия.

Среди пациентов с избыточным весом с высокой частотой выявлялись и психопатологические расстройства. В 6% наблюдений повышение веса тела наблюдалось на фоне реакции утраты и других дистрессов – «реактивная тучность». У 68% пациентов выявлялась пролонгированная гипотимия, в большинстве случаев, как реакция на внутрисемейные отношения (алкоголизм мужа, опийная наркомания у детей и т.д.), но синдромально-завершенные расстройства адаптации диагностировались лишь в 4% наблюдений. Почти у четверти пациентов (24%) выявлялись расстройства тревожного спектра, чаще в форме изолированных фобий (агорафобия, социофобия), а у 7% - диссоциативно-конверсионные расстройства.

С учетом соматического и психического статуса больных использовалась комбинированная фармако- и психотерапии. Организационной формой терапии являлись «ночные сеансы психотерапии», длительность которых достигала 14-ти часов. Лечебный комплекс включал групповую психотерапию (групповой марафон), с элементами гештальттерапии, эриксоновского гипноза, а также дыхательные техники. В результате происходило снижения веса от 4-х до 12-ти килограммов в месяц. Большая часть пациентов по достижении желаемого результата сохраняла нормальный вес на протяжении катамнеза в течение года. Лишь в 6% случаев, пациентов вновь набрали избыточный вес, негативный результат был связан с дополнительными осложняющими факторами (беременность, алкоголизм, стрессы). Существенно важно, что параллельно улучшались соматовегетативные функций и психологического состояния пациентов.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И БРОНХИАЛЬНАЯ ПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Щербакова А.В., Федорова Л.Е., Променашева Т.Е., Суханова Е.В., Карелина Н.В., Гах Л.Ф., Бобкова Л.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель. Изучить взаимосвязи качества жизни, психического состояния и артериального давления с бронхиальной проходимостью у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследовано 13 пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь без обструктивных заболеваний легких, со средним возрастом 59.7±10.7 лет. Уровень тревоги определяли по шкале Гамильтона, депрессии – по шкале Монтгомери-Асберга, а качество жизни – по опроснику SF-36. Оценка артериального давления (АД) проводилась с помощью суточного мониторирования, а динамика бронхиальной проходимости оценивалась по пиковой скорости выдоха (ПСВ), которая измерялась синхронно с АД. Статистическая обработка данных включала t-тест Стьюдента и корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. Выявлена сильная корреляционная связь ПСВ с уровнем депрессии ($r=-0.635$, $p=0.036$), тревоги ($r=-0.673$, $p=0.023$) и показателем эмоционального здоровья по SF-36 ($r=-0.775$, $p=0.007$).

В группе пациентов с тревогой среднее значение ПСВ было достоверно ниже, по сравнению с пациентами без тревоги: 341 л/мин против 521 л/мин ($t=-2.66$, $p=0.025$).

Достоверных линейных связей между показателями АД и ПСВ выявлено не было. В группах пациентов с нормальной и сниженной относительно должной величины ПСВ показатели среднего систолического и диастолического АД не отличались.

Заключение. У пациентов с гипертонической болезнью без обструктивных заболеваний легких выявлена сильная связь пиковой скорости выдоха со степенью тревоги, депрессии и показателем эмоционального здоровья. В то же время не выявлено достоверных связей артериального давления и пиковой скорости на выдохе.

ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Щербакова А.В., Променашева Т.Е., Федорова Л.Е., Суханова Е.В., Карелина Н.В., Гах Л.Ф., Бобкова Л.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель. Выявить зависимости между повышением артериального давления (АД), головной болью, уровнем тревоги и депрессии у пациентов с гипертонической болезнью.

Материал и методы. В исследование были включены 13 женщин и 5 мужчин с диагнозом гипертоническая болезнь. Средний возраст пациентов составил 60.0 ± 0.7 лет. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД. Повышением АД считали прирост показателя более чем на 20% и АД выше 140/90 мм рт. ст. В течение суток пациенты вели дневник, в котором фиксировали время появления, интенсивность, длительность и характер симптомов. Уровень тревоги и депрессии определяли по шкалам Цунга. Для статистической оценки данных использовали U-тест Манна-Уитни и корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. По данным суточного мониторирования повышение АД наблюдали у всех пациентов, а головная боль выявлена у 44% из них. Достоверных связей между эпизодами головной боли и уровнем АД в момент симптомов выявлено не было. В то же время, определялась сильная линейная связь головной боли с уровнем депрессии ($r=0.56$, $p=0.01$), а связь с тревогой была недостоверной ($r=0.31$, $p=0.20$). Средний уровень тревоги и депрессии у пациентов с симптомными подъемами АД был выше, чем при бессимптомной гипертензии. Выявлена умеренная связь между максимальным систолическим АД (САД) и уровнем депрессии ($r=0.50$, $p=0.03$). В группе пациентов с депрессией средний уровень максимального САД был выше, чем без депрессии (200 мм рт. ст. против 166 мм рт. ст.). Связи между уровнем депрессии и максимальным диастолическим АД (ДАД) выявлено не было.

Установлена линейная связь между максимальным САД и ДАД и уровнем тревоги ($r=0.50$, $p=0.04$ и $r=0.60$, $p=0.01$ соответственно). Средние уровни САД и ДАД у пациентов с тревогой были выше, по сравнению с отсутствием тревоги (173 мм рт.ст. против 161 мм рт.ст., 128 мм рт.ст. против 113 мм рт.ст.). Выявлена связь между максимальным ДАД и уровнем тревоги.

Заключение. У пациентов с гипертонической болезнью не удалось выявить связи между головной болью и уровнем АД. Депрессия была более выражена у пациентов с симптомным повышением АД. Выявлена сильная связь между уровнем депрессии и максимальным САД. Чем больше уровень тревоги, тем выше максимальные показатели САД и ДАД.

ДИНАМИКА ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ОПИЙНОЙ АБСТИНЕНЦИИ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ.

Ясникова Е. Е.

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

С целью изучения динамики вегетосоматических и эмоциональных расстройств в структуре абстинентного синдрома при героиновой наркомании проведено исследование 156 больных, проходивших стационарное лечение в Иркутском областном психоневрологическом диспансере в 2002-2004 г.г. Средний возраст больных составил $20,6 \pm 0,3$ лет, среднесуточная доза уличного героина 0,5 г.

Применялся комплекс методик, позволяющий зарегистрировать изменения психосоматического статуса. Контрольную группу составили 80, сопоставимых по возрасту, практически здоровых лиц мужского пола, никогда не употреблявших наркотики. Исследования проводились в динамике: начальный период абстинентных расстройств (1-2 день пребывания в стационаре), на высоте синдрома отмены (3-5 день), к концу острого периода (9-10 день) и на 14-15 день.

В процессе пребывания в стационаре у пациентов наблюдался линейный рост ($p < 0,01$) показателей ЧСС (с $74,8 \pm 0,9$ до $101,2 \pm 1,2$ уд в мин) и ЧД (с $16,5 \pm 0,2$ до $20,3 \pm 0,36$ в мин), вегетативного индекса (с $8,4 \pm 1,6$ до $28,8 \pm 1,2$), коэффициента Хильдебранта (с $4,61 \pm 0,1$ до $5,1 \pm 0,1$), тяжести депрессии (с $16,1 \pm 0,5$ до $24,3 \pm 1,5$ б по шкале Гамильтона). Систолическое и диастолическое АД снижалось ($p < 0,01$) к 2 исследованию (со $110,6 \pm 1,2 / 67,8 \pm 1,0$ до $104,7 \pm 0,1 / 63,2 \pm 0,8$ мм рт ст), на фоне терапии клофелином, но вновь возрастало ($p < 0,01$) к концу обследования (до $121,3 \pm 1,1 / 71,6 \pm 0,1$ мм рт ст). Сходную динамику обнаружил уровень пролактина в крови. Уже в первой пробе он оказался значительно выше контрольных значений ($859,0 \pm 92,4$ и $137,0 \pm 10,9$ мЕД/мл соответственно), достоверно возрастая к 3 пробе ($1567,0 \pm 106,8$ мЕД/мл) и несколько стабилизируясь в дальнейшем ($1471,2 \pm 185,2$).

Патологическое влечение к наркотику достигало максимума ($p < 0,01$) на высоте АС (с $16,5 \pm 0,3$ до $25,3 \pm 0,4$ б в сумме по шкале Винниковой), затем постепенно редуцировалось ($p < 0,01$) к концу пребывания в стационаре (до $18,2 \pm 0,7$ б), не достигая, однако, первоначальных значений. Уровень тревожности снижался ($p < 0,01$) в процессе наблюдения со «среднего» до «низкого» по шкале Спилбергера, что можно объяснить применением транквилизаторов (феназепам, сибазон). Показатели АСТ, АЛТ и тимоловой пробы на всем протяжении были выше контрольных; содержание билирубина, общего белка, калия и натрия в плазме – в пределах нормы. В процессе лечения происходило улучшение некоторых биохимических показателей: повышение ($p < 0,01$) содержания общего белка, натрия и калия. Снижение уровня билирубина, АСТ, АЛТ и тимоловой проб наблюдалось, но было недостоверным, при этом содержание трансаминаз и тимоловая проба так и не достигали нормальных величин.

Таким образом при опиоидном абстинентном синдроме наблюдаются значительные психические и вегетосоматические расстройства, которые не подвергаются полной редукции в течении 15 дней на фоне стандартной терапии, а некоторые (вегетативный дисбаланс в сторону симпатикотонии, рассогласование в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, депрессивные нарушения) имеют тенденцию к росту, что необходимо учитывать при дальнейшем ведении таких больных.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ В СТРУКТУРЕ ОПИЙНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

Ясникова Е. Е.

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Проведено динамическое обследование 156 больных с героиновой зависимостью, проходивших стационарное лечение по поводу купирования абстинентного синдрома (АС) в Иркутском областном психоневрологическом диспансере в 2002-2004 гг в возрасте $20,6 \pm 0,3$ лет со среднесуточной дозой 0,5 г уличного героина. Для характеристики функционального

состояния пациентов использовался комплекс методик, позволяющий зарегистрировать изменения психосоматического статуса. Контрольную группу составили 80 практически здоровых, сопоставимых по возрасту мужчин, никогда не употреблявших наркотики. Обследования проводились в динамике: начальный период абстинентных расстройств (1-2 день пребывания в стационаре), на высоте синдрома отмены (3-5 день), к концу острого периода (9-10 день) и на 14-15 день.

У пациентов к концу пребывания в стационаре наблюдался линейный рост ($p < 0,01$) показателей ЧСС (с $74,8 \pm 0,9$ до $101,2 \pm 1,2$ уд в мин) и ЧД (с $16,5 \pm 0,2$ до $20,3 \pm 0,36$ в мин), вегетативного индекса (с $8,4 \pm 1,6$ до $28,8 \pm 1,2$), коэффициента Хильдебранта (с $4,61 \pm 0,1$ до $5,1 \pm 0,1$), тяжести депрессии (с $16,1 \pm 0,5$ до $24,3 \pm 1,5$ б по шкале Гамильтона). Систолическое и диастолическое АД снижалось ($p < 0,01$) ко 2 исследованию (со $110,6 \pm 1,2/67,8 \pm 1,0$ до $104,7 \pm 0,1/63,2 \pm 0,8$ мм рт ст), вероятно под действием центрального адреноблокатора клофелина, а затем возрастало ($p < 0,01$) к концу обследования (до $121,3 \pm 1,1/71,6 \pm 0,1$ мм рт ст). Сходную динамику обнаружил уровень пролактина в крови. Уже в первой пробе он оказался значительно выше контрольных значений ($859,0 \pm 92,4$ и $137,0 \pm 10,9$ мЕД/мл соответственно), достоверно возрастая к 3 пробе ($1567,0 \pm 106,8$ мЕД/мл) и несколько стабилизируясь в дальнейшем ($1471,2 \pm 185,2$). Патологическое влечение к наркотику достигало максимума ($p < 0,01$) на высоте АС (с $16,5 \pm 0,3$ до $25,3 \pm 0,4$ б в сумме по шкале Винниковой), затем постепенно редуцировалось ($p < 0,01$) к концу пребывания в стационаре (до $18,2 \pm 0,7$ б), не достигая однако первоначальных величин. Уровень тревожности достоверно снижался ($p < 0,01$) в процессе наблюдения со «среднего» до «низкого» по шкале Спилбергера, что можно объяснить применением транквилизаторов (феназепам, сибазон). Показатели АСТ, АЛТ и тимоловой пробы на всем протяжении были выше контрольных; содержание билирубина, общего белка, калия и натрия в плазме – в пределах нормы. В процессе лечения происходило улучшение некоторых биохимических показателей: повышение ($p < 0,01$) содержания общего белка, натрия и калия. Снижение уровня билирубина, АСТ, АЛТ и тимоловой проб наблюдалось, но было недостоверным, при этом содержание трансаминаз и тимоловая проба так и не достигали нормальных величин.

Таким образом при опийном абстинентном синдроме наблюдаются значительные психические и соматовегетативные расстройства, которые в большинстве не купируются в течение 15 дней на фоне стандартной терапии, а некоторые (вегетативный дисбаланс в сторону симпатикотонии, рассогласование в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, депрессивные нарушения) имеют тенденцию к росту, что необходимо учитывать при дальнейшем ведении таких больных.

СОДЕРЖАНИЕ

Белялов Ф.И. «НЕОБЪЯСНИМЫЕ» СИМПТОМЫ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА	3
Куклин С. Г., Дзизинский А. А., Михалевич И.М., Рожкова Н.Ю. КРАТКО-СРОЧНАЯ ДИНАМИКА БОЛИ, ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	7
Окладников В.И. АУТОДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАТТЕРН ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	16
Собенников В.С. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМАТИКИ, КЛИНИКИ, ПАТОГЕНЕЗА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	17
Абзалеев В.А., Пшеничных И.В. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНЫХ АФФЕКТИВНЫХ И ДИССОЦИАТИВНО-КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ С НАЛИЧИЕМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ	27
Андриевская Т.Г., Антонов В.Н. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ ZIGMUND A.S. И SNAITH R.P	30
Баранская Л.Т. ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ «ТРУДНЫХ» ПАЦИЕНТОВ КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	30
Бобров А.С., Петрунько О.В., Ковалева А.В., Павлова О.Н. РЕКСЕТИН В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА	32
Боробова Е.С., Сидорова Г.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	34
Быков Ю. Н., Николайчук С. В. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	35
Васильев Ю.Н. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И ТИПА ЛИЧНОСТИ	35
Великанова Л.П. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	36
Воропаев А.А., Мочалов А.Д. ОПЫТ ЭЛЕКТРОПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ДЕПРЕССИВНЫХ СИНДРОМОВ	37
Ворсина О.П. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИПРАЛЕКСА (ЭСЦИТАЛОПРАМА) В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ	38
Гафарова Н.В. СПЕЦИФИКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	39
Дашинамжилова В.Н., Собенников В.С. К ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ПАНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И КОМОРБИДНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	40
Дереча В.А., Егоров Р.С. СОМАТОФОРМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ	41
Дереча В.А., Балашова С.В., Егоров Р.С., Хромушин О.Н. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЖИЗНЕННОЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	42

Зверев В. В. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ	42
Зинина А.И., Кудрина В.В., Стукалина О.П. КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	43
Иванов С.И. ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ГЦМПППН ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	44
Иванова Л.А. ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕЛЕСНЫМИ СЕНСАЦИЯМИ	45
Колягин В.В. КОМПЛЕКСНОЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)	46
Колягин В.В. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	47
Колягин В.В. РАННИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ. ВАРИАНТЫ НЕВРАСТЕНОПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКИ. ТИПЫ ПСИХОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ. ОСНОВЫ ТЕРАПИИ	51
Корниенко В.Н. ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ ПО ДАННЫМ ТОРЗ, В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	53
Косова Е.Г., Колосницына Г.Н., Москалев В.И., Конопак И.А. МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ОСНАЗ (отдела специального назначения)	54
Кравчук Л.А., Миронова Н. Н., Щербакова Е. А. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ	55
Куряченко Ю.Т., Якимова В.И. МОДЕЛЬ СТРЕСС-ДИАТЕЗА КАК СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ВОПРОСОВ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	55
Куряченко Ю.Т., Якимова В.И., Михайленко О.И., Сычева М.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА НА ОРГАНИЧЕСКУЮ И ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	56
Лапочкина Н.П., Круглова М.Л. ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	57
Луковникова Т.Н., Собенников В.С. УРОВЕНЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ, СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ	58
Медведева Л.А., Гнездилов А.В., Загорулько О.И., Сыровегин А.В. ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕ-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	59
Новицкая Н.Н., Якубович А.И. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА	60
Овчинников А.А., Наров М.Ю. О СОМАТОФОРМНОМ ВАРИАНТЕ ПТСР	61
Павлова Е. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	61
Петрунько О.В., Иванова Л.А. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ (АЛГИИ, СЕНЕСТОАЛГИИ, СЕНЕСТОПАТИИ). ИХ МЕСТО В КЛИНИКЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА	62
Петрунько О.В., Сороковикова М.Г., Павлова О.Н., Данилова Н.В. СТОЙКАЯ УТРА-	

ТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	67
Петрунько О.В. К ИСТОРИИ ВЫДЕЛЕНИЯ И СОДЕРЖАНИЯ ПОНЯТИЯ «СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА»	69
Пивоварова Т.Е., Харькина Д.Н. ЗОЛОФТ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	72
Пинелис И.С., Михайлюк В.А. СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ	72
Пономарёв Г.Н., Сухаревская И.Н., Влескова Л.Ю. НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ (ЭКГ) ИССЛЕДОВАНИИ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	73
Пономарёв Г.Н., Сухаревская И.Н., Влескова Л.Ю. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ СИНХРОНИЗМ-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЛЯ ОЗДОРОВЛЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	75
Пшеничных И.В. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ И ДИССОЦИАТИВНО-КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	76
Романенко Е.Ю. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МАСТОПАТИИ	78
Романова Е.В., Сараева Н.О., Щербакова А.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	79
Сараева Н.О., Пятидесятникова С.А. КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ	80
Сараева Н.О., Потрачкова Т.Г. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ	81
Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	82
Симаненков В.И., Лутаенко Е.А., Романова И.Б., Гомон Ю.М. ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	82
Собенникова В.В., Шадарова М.Л. АФФЕКТИВНЫЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ СИМПТОМЫ В ДИНАМИКЕ РЕАКЦИИ УТРАТЫ	83
Соловьева С.Л. «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ» ЛИЧНОСТНАЯ СТРУКТУРА	85
Соловьева С.Л. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	86
Старкова Н.В., Москалев В.И., Собенников В.С., Пушков С.В., Троценко И.В., Володина А.В. СОМАТОФОРМНАЯ СИМПТОМАТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ШИЗОФРЕНИИ	87
Степанченко О.Ю., Судейкин И.В., Конопак И.А., Провадо И.П. ИЗ ОПЫТА ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	88
Степанченко О.Ю., Судейкин И.В., Конопак И.А., Москалев В.И. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ	88
Стрижков Д.Ю., Алексеевская Т.И., Зобнин Ю.В., Провадо И.П. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕЗАВЕРШЕННОГО СУИЦИДА ПО ДАННЫМ ИРКУТ-	

СКОГО ЦЕНТРА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ	89
Татарина Л.М. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДЕЛЕНИИ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ	90
Трященко Е.В. ТРЕВОГА, ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ И СОМАТОФОРМНЫЕ ЖАЛОБЫ У ОПИЙНЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ПЕРИОД ОТМЕНЫ	91
Харькина Д.Н., Пивоварова Т.Е. ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ	91
Хромушин О.Н. ИНФОРМАЦИОННО-РАДИОВОЛНОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	92
Цилли Е.И., Пушков С.В., Троценко И.В., Дорошкевич О.П., Володина А.В. ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА ПРИ ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	93
Цилли Е.И., Корнилова Л.И., Лыткина И.В., Снопкова Ю.Г., Ермошенко Ю.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ	93
Черняк Н.Б. НЕВРОПАТИЯ - КАК ПРЕДИКТОР РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ КЛАСТЕРА «В»	94
Шпаков Я.В., Собенников В.С. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА, ОБРАТИВШИХСЯ ПО ПОВОДУ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА	95
Щербакова А.В., Федорова Л.Е., Променашева Т.Е., Суханова Е.В., Карелина Н.В., Гах Л.Ф., Бобкова Л.В. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И БРОНХИАЛЬНАЯ ПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	95
Щербакова А.В., Променашева Т.Е., Федорова Л.Е., Суханова Е.В., Карелина Н.В., Гах Л.Ф., Бобкова Л.В. ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	96
Ясникова Е. Е. ДИНАМИКА ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ОПИЙНОЙ АБСТИНЕНЦИИ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ	97
Ясникова Е. Е. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ В СТРУКТУРЕ ОПИЙНОЙ АБСТИНЕНЦИИ	97