

Иркутский государственный медицинский университет
Главное управление здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения Иркутска

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Материалы II межрегиональной конференции



Иркутск
5 – 6 октября 2006 года

УДК 616. 89 -06: 616. 1. /] (063) (571.53).

Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике. Сборник материалов II межрегиональной конференции. Иркутск 2006.

Редакционная коллегия:

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

© ИГМУ, 2006

ДОНОЗОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ

Белов В.В., Правило В.С., Сорокин А.В.

Государственная медицинская академия, Челябинск

Хронические неинфекционные заболевания в 75 % случаев являются причиной общей смертности. Ключ в решении проблем ХНИЗ – первичная профилактика. Научной основой первичной профилактики ХНИЗ является концепция факторов риска. Вместе с тем, факторы риска ХНИЗ, роль которых в увеличении смертности от ХНИЗ доказана, не могут объяснить бóльшую часть смертности. Феномен сверхсмертности в России не может быть связан с действием факторов риска, его объяснение лежит в сфере психического, духовного [4]. Возрос интерес к изучению роли психосоциальных стрессоров в их взаимодействии с психологическими особенностями личности при формировании ХНИЗ, что чрезвычайно важно для совершенствования концепции профилактики данной группы заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли личностных качеств и профессиональных факторов в развитии ХНИЗ у лиц с различным типом вегетативного регулирования.

В работе поставлены следующие задачи:

1. Изучить значение и характер личностного фактора в развитии артериальной гипертензии (АГ) и язвенной болезни (ЯБ) у молодых здоровых мужчин – сотрудников оперативных служб УВД

2. Изучить значение и характер личностного фактора у мужчин – работников локомотивных бригад на Южно-Уральской железной дороге в развитии АГ

3. Оценить психолого-соматический статус в отдаленном преморбиде АГ и ЯБ (психологические данные, факторы риска ХНИЗ, параметры гемодинамики головного мозга, метаболические показатели).

Для решения поставленных задач проведены два проспективных исследования длительностью 10 и 12 лет исходно здоровых мужчин.

Первое исследование. С 1998 года проводится мониторинг 1256 мужчин 20-29 лет, признанных комиссией врачей (9 специалистов, включая психолога, психиатра и психофизиолога) здоровыми и годными к работе в структуре оперативных служб УВД. При первичном скрининге проводили опрос, физикальное, биохимическое и инструментальное исследования, изучение личностных и психофизиологических качеств. Оценивались факторы риска ХНИЗ: индекс курения, низкая физическая активность на работе и вне работы, избыточное потребление алкоголя, отягощенная наследственность по ИБС и/или АГ, ЯБ, измерялось АД, вычислялся индекс массы тела (ИМТ), определялись концентрации общего холестерина сыворотки крови (ОХС), триглицеридов (ТГ), α -холестерина (α -ХС), регистрировалась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях [5,6]. Психофизиологическое исследование проводилось в соответствии с рекомендациями В.А. Варламова [2], изучение психологических особенностей личности – с использованием метода многостороннего исследования личности (СМИЛ) [3]. Рэоэнцефалографию (РЭГ) выполняли по общепринятой методике [8].

Для вычисления особенностей влияния указанных показателей на развитие АГ, ЯБ был применен метод логистической регрессии. При сравнении средних показателей двух выборок использован критерий Манна-Уитни. Все вычисления выполнены с помощью программы «Statistica 5.5».

В результате промежуточного скрининга, проводившегося через 10 лет, полные сведения удалось получить о 907 мужчинах (72,2%). За указанный промежуток времени АГ заболело 80 чел. (8,8%), ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки – 25 чел. (2,8%).

Результаты

Средний возраст в группах, оставшихся здоровыми (Зд), заболевших гипертонической болезнью (АГ) и ЯБ, достоверно не различался. Сведения о распространенности изученных факторов риска в указанных группах представлены в таблице 1.

Табл. 1

Распространенность факторов риска ХНИЗ в группах оставшихся здоровыми, заболевшими АГ или ЯБ

Факторы риска ХНИЗ	Состояние здоровья через 10 лет наблюдения		
	Здоров n=806	АГ n=80	ЯБ n=25
Индекс курения (пачка / лет)	7,1 [0;11]	10,1 [0;17,0]*	12,7 [0;19]*
ИМТ (кг/м ²)	24,2 [22,0;25,5]	25,3 [24,0;26,2]*	25,6 [24,4;26,2]*
ОХС (ммоль/л)	4,4 [3,2;5,1]	6,1 [5,6;6,7]*	5,5 [3,9;6,6]*
ТГ (ммоль/л)	1,1 [0,7;1,3]	1,5 [1,2;1,7]*	1,6 [1,1;2,1]*
ХС-ЛПВП (ммоль/л)	0,78[0,63;0,81]	0,83 [0,55;1,11]*	0,86 [0,54;1,13]*
Отягощенная наследственность по ССЗ (%)	10,3	28,8*	4,8
Повышенное потребление алкоголя (%)	70,4	46,3*	23,8*
ГЛЖ (%)	5,1	16,2*	0*
Высокая физическая активность вне работы (%)	41,7	0*	7,5*
Высокая физическая активность на работе (%)	37,3	47,3*	29,0
Возбудимый тип нервных процессов (%)	21	51,3*	61,9*
Высокая скорость переключения внимания (%)	21	49,2*	17,4*
Высокая ассоциативная память	55,2	14,3*	63,8
Положительная гипертензионная проба на физическую нагрузку (%)	23,2	71,3*	9,5*
Измененный тонус сосудов головного мозга (%)	52,3	96,2*	95,2*

* - различия достоверны по сравнению с группой здоровых

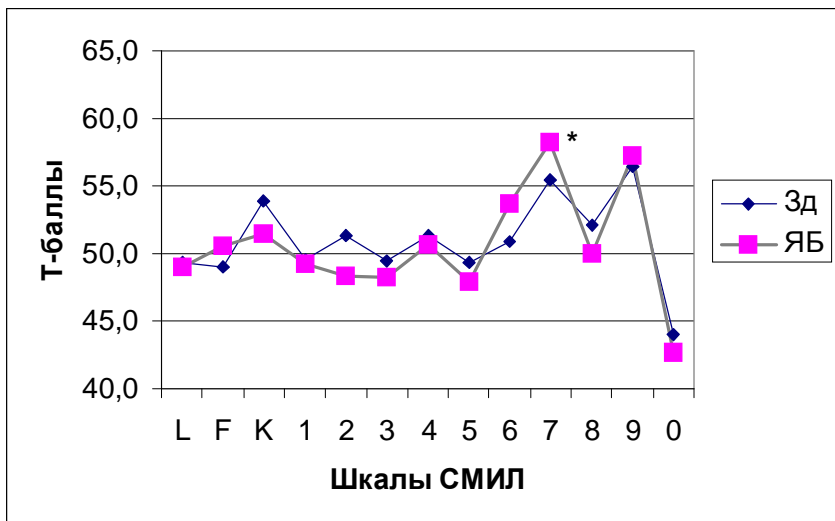
Как видно из данных таблицы 1, повышение ИМТ достоверно чаще встречалось в группах АГ и ЯБ, по сравнению с Зд, среди заболевших АГ и ЯБ уровень ОХС был достоверно выше, а потребление алкоголя и уровень физической активности вне работы ниже, чем среди здоровых; гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и отягощенная наследственность по ССЗ встречалась достоверно чаще в группе АГ, по сравнению с ЯБ и Зд, возбудимый тип нервных процессов чаще встречался в группах АГ и ЯБ. При сравнении подвижности нервных процессов между группами ЯБ и АГ установлено преобладание высокой подвижности в группе АГ и низкой – среди лиц с ЯБ, высоких показателей переключения внимания в группах АГ и ЯБ по сравнению с группой Зд. Отличная оценка ассоциативной памяти в группах ЯБ и АГ составила 63,8% и 14,3% случаев соответственно (p=0,001).

Частота измененного и нормального тонуса сосудов головного мозга в группах Зд, АГ и ЯБ составила 52,3%, 96,2% и 95,2% (p<0,05 в сравнении с Зд).

Для получения психологически гетерогенных групп все обследуемые были разделены на два кластера, отличавшихся по профилям СМИЛ. В выделенных кластерах частота развития АГ составила 13,4% и 5,3%, ЯБ – 4,0% и 1,3% (p<0,05-0,001). Достоверных различий профилей СМИЛ среди заболевших АГ и ЯБ в обоих психологических кластерах не установлено. Выявленные психологические особенности личности в преморбидных группах АГ и ЯБ схожи, но достоверно отличаются от оставшихся здоровыми и заключаются в следующем (рис. 1-3):

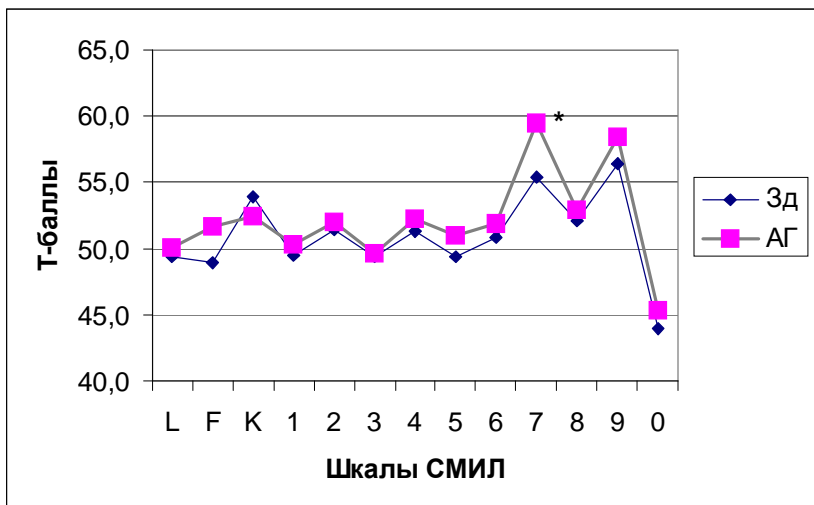
1. Неуверенности в собственных возможностях и в стабильности ситуации, повышенной восприимчивости и чуткости к опасности, проявляющиеся в фиксации тревоги и ограничительном поведении (шкала 7);
2. Инертности мышления, сопротивлению к любым изменениям, упорстве в отстаивании собственного мнения (шкала 6);
3. Затруднении при осуществлении межличностных контактов, обуславливающими замкнутость, реакциями тревоги в тех случаях, когда вынужденные контакты осуществляются вне зависимости от их воли (шкала 0);
4. Тревожности, высоком уровне осознания имеющихся проблем, пессимизме, инертности в принятии решений, склонности к депрессивным реакциям (шкала 2).

Рис. 1. Усредненные показатели по шкалам СМИЛ у здоровых и в преморбиде ЯБ. Сотрудники УВД, 10 лет наблюдения. n=831.



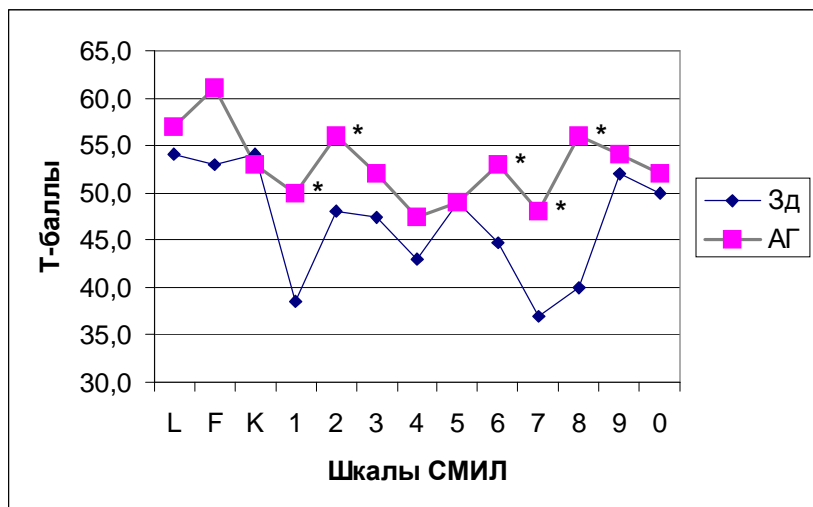
*- $p < 0,05$ в сравнении со здоровыми

Рис. 2. Усредненные показатели по шкалам СМИЛ у здоровых и в преморбиде АГ. Сотрудники УВД, 10 лет наблюдения. n=886.



*- $p < 0,05$ в сравнении со здоровыми

Рис. 3. Усредненные показатели по шкалам СМИЛ в группе здоровых и заболевших АГ. Машинисты, 11.9 лет наблюдения. n=567.



*- $p < 0,05$ в сравнении со здоровыми

Из данных, представленных в табл. 2 и 3, следует, что относительный риск развития АГ для указанных особенностей личности в течение 10 лет составил 2,4 [1,5; 3,8], популяционный атрибутивный риск – 40,4% [24,1; 50,8]; относительный риск ЯБ – 3,1 [1,2; 7,8], популяционный атрибутивный риск – 48,1% [11,8; 62,3].

В результате пошаговой процедуры регрессионного анализа установлена количественная оценка влияния изученных факторов на развитие АГ и ЯБ (табл. 2 и 3). Совокупность отобранных факторов обеспечивала 77,4% правильного прогнозирования АГ и 74,2% – ЯБ в течение 10 лет.

Наиболее весомыми независимыми предикторами как АГ, так и ЯБ оказались измененный тонус сосудов головного мозга, повышенный уровень ОХС. Достоверное влияние на развитие указанных заболеваний оказали также высокая физическая активность на работе, наличие установленных психологических черт, показатели уравновешенности нервных процессов, скорости переключения внимания и курение.

Указанный психологический преморбид, характеризующийся астеническим регистром личностных свойств оказался, по нашему мнению, фактором риска ХНИЗ вследствие несоответствия их профессионально важным качествам сотрудника оперативных служб УВД (решительность, оперативность, мужество). Установленный спектр личностных качеств оказался неспецифическим фактором и был в равной мере присущ преморбиду АГ и ЯБ. При психофизиологическом несоответствии требованиям профессии, с одной стороны, и необходимостью продуктивной и надежной работы – с другой, личность вынуждена постоянно использовать дополнительные ресурсы организма, что с неизбежностью приводит к развитию адаптационного синдрома, дистресса.

Наличие противоположно направленных тенденций в структуре личности также вносит существенный вклад в развитие психоэмоционального напряжения, психогенных соматических изменений.

Полученные данные дают основание считать, что указанные личностные особенности при взаимодействии с определенными профессиональными факторами приобретают патогенное значение, при этом индуцированный дистресс является сущностью донозологического состояния, он неспецифичен и под влиянием различных факторов риска ХНИЗ при определенной психофизиологической предрасположенности трансформируется в конкретную нозологию.

Достаточно четким соматическим проявлением напряженности адаптационных механизмов, неспецифического донозологического состояния у молодых мужчин является повышение уровня липидов сыворотки крови. Об этом свидетельствуют приведенные данные в табл. 4. Как показано в таблице 4, средние уровни ОХС, триглицеридов были выше, а уро-

вень α -ХС ниже в преморбиде АГ, ЯБ и других ХНИЗ – хронических диффузных болезней печени, болезней органов дыхания, дегенеративно-дистрофических болезней суставов, ревматических болезней сердца, болезней почек, по сравнению со здоровым контингентом лиц. Полученные данные находятся в соответствии с представлениями П.Д. Горизонтова [3] о дислипидемиях «как метаболическом выражении стресса».

Табл. 2

Оценка параметров логистической регрессии в прогнозировании АГ (n=886)

Шаг	Признак	В ко-эфф.	χ^2 Вальда	Уровень значимости (p)	Отношение шансов	Нижний 95% ДИ	Верхний 95% ДИ	Процент точного предсказания
1-й	ОХС	0,65	18,12	0,000021	1,92	1,65	2,24	24,31
2-й	Измененный тонус сосудов головного мозга	2,96	24,17	0,000001	19,29	10,55	35,30	42,63
3-й	Алкоголь	-1,64	34,52	0,000001	0,19	0,15	0,26	57,98
4-й	Физ. акт. на работе	0,14	7,96	0,004781	1,15	1,09	1,20	69,31
5-й	Физ. акт. вне работы	-0,70	14,35	0,000152	0,50	0,41	0,60	71,47
6-й	Переключ. вним.	1,04	13,63	0,000223	2,83	2,13	3,74	72,97
7-й	Гипертенз. проба	1,42	12,77	0,000352	4,15	2,78	6,17	74,26
8-й	Наслед. по ССЗ	0,55	8,03	0,004605	1,73	1,43	2,10	75,11
9-й	Психол. особен.	1,28	9,19	0,002439	3,59	2,36	5,48	75,72
10-й	ГЛЖ	0,55	8,77	0,003056	1,73	1,44	2,08	76,20
11-й	ИМТ	0,20	9,56	0,001993	1,23	1,15	1,31	76,54
12-й	УНП	0,57	5,36	0,020657	1,76	1,38	2,26	76,88
13-й	Возраст	0,10	5,19	0,022663	1,10	1,06	1,15	77,21
14-й	Индекс курения	0,05	4,16	0,041346	1,05	1,02	1,07	77,43
	Константа	-25,80	42,45	0,000001				

Табл. 3

Оценка параметров логистической регрессии в прогнозировании ЯБ (n=831)

Шаг	Признак	В ко-эфф.	χ^2 Вальда	Уровень значимости (p)	Отношение шансов	Нижний 95% ДИ	Верхний 95% ДИ	Процент точного предсказания
1-й	Измененный тонус сосудов головного мозга	1,57	20,09	0,000007	4,08	3,39	6,82	34,30
2-й	Алкоголь	-2,45	8,37	0,003822	0,09	0,04	0,20	52,40
3-й	Физ. акт. вне работы	-1,23	5,20	0,022588	0,29	0,17	0,50	60,04
4-й	ОХС	0,48	8,90	0,002852	1,62	1,38	1,91	61,92
5-й	УНП	0,94	5,07	0,024276	2,57	1,69	3,91	64,29
6-й	Гипертенз. проба	-3,62	4,23	0,039649	0,03	0,00	0,16	67,13
7-й	Физ. акт. на работе	0,17	3,97	0,046243	1,19	1,09	1,30	68,49
8-й	Переключ. вним.	1,08	3,89	0,048477	2,95	1,71	5,12	71,05
9-й	Индекс курения	0,06	3,89	0,048704	1,06	1,03	1,09	73,11
10-й	Ассоциат. память	1,02	4,47	0,034405	2,78	1,71	4,51	73,83
11-й	Психол. особен.	0,61	5,24	0,022118	1,84	1,41	2,41	74,10
12-й	Возраст	0,18	4,02	0,044913	1,19	1,09	1,30	74,21
	Константа	2,37	15,95	0,000065				

Табл. 4.

Средние концентрации липидов сыворотки крови в группе здоровых мужчин 20-29 лет в преморбиде ХНИЗ

Статус здоровья	абс. ч. / %	Липиды		
		ОХС (ммоль/л)	ТГ (ммоль/л)	ХС-ЛПВП (ммоль/л)
Здоров	825 / 81,8	4,4±0,04 ⁺	1,1±0,02 ⁺	1,1±0,02 ⁺
Болен	184 / 18,2	5,7±0,09*	1,43±0,03*	0,85±0,01*
АГ	80 / 7,8	6,1±0,7*	1,5±0,3*	0,83±0,28*
ИБС	7 / 0,7	6,9*±0,15	1,71±0,1*	0,72±0,03*
ЯБ	25 / 2,5	5,55±0,3*	1,52±0,09*	0,8±0,02*
Хр. диффузные болезни печени	44 / 4,4	5,6±0,26*	1,53±0,08*	0,8±0,02*
Болезни органов дыхания	5 / 0,5	5,7±0,12*	1,5±0,06*	0,8±0,02*
Дегенеративно-дистрофические болезни суставов	13 / 1,3	5,4±0,15*	1,47±0,07*	0,8±0,02*
Неревматические болезни сердца	8 / 0,8	5,5±0,11*	1,36±0,05*	0,78±0,02*
Болезни почек	3 / 0,03	5,0±0,22*	1,53±0,04*	0,79±0,02*

+ - различия достоверны по сравнению с группами больных

* - различия достоверны по сравнению с группой здоровых

Второе исследование. Для уточнения вышесказанных положений проведено проспективное наблюдение 567 практически здоровых мужчин в возрасте 20-49 лет в течение 11,9 лет, профессиональная деятельность которых существенно различалась с первой когортой лиц и характеризовалась высокой ответственностью за безопасность пассажиров, перегрузкой зрительного и слухового анализаторов в условиях монотонии, гипокинезии, требованиями готовности к экстренным действиям. АГ за указанный период развилась у 78 чел. (15,3%). Исходная распространенность изученных факторов риска ХНИЗ не различалась у здоровых и в преморбиде АГ. Группы не различались по возрасту, заболевшие АГ имели более длительный стаж работы (14,7±0,8 и 9,1±0,38 лет; p<0,05).

Как видно на рис. 4, лица в преморбиде АГ достоверно отличались от здоровых по шкалам невротического сверхконтроля (1), пессимистичности (2), ригидности (6), тревожности (7), индивидуалистичности (8). Преморбидные особенности личности заключались в высоком уровне имеющихся проблем, которые видятся через призму неудовлетворенности и пессимистичности собственных перспектив, фрустрации со склонностью к депрессивным реакциям, стоп-реакции на стресс, в большей (по сравнению со здоровыми) неуверенности в себе и в стабильности ситуации, высокой чувствительности, повышенной чуткости к опасности, большей мотивационной направленности личности на соответствие нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма, подавлении спонтанности, сдерживании самореализации, контроле над агрессивностью, гиперсоциальной направленности интересов. Противоречивое сочетание сдержанности и раздражительности создает смешанный тип реагирования, свойственный лицам с психосоматической предрасположенностью, проявляющийся постоянной эмоциональной напряженностью.

Группе преморбиде АГ характерна обособленно-созерцательная личностная позиция, аналитический склад мышления, склонность к раздумьям, которые преобладают над чувствами и действенной активностью, высокая потребность в актуализации своей индивидуальности, трудности адаптации к обыденным формам жизни, рациональность склада ума, недостаточная гибкость.

Указанные особенности личности с наличием противоположно направленных тенденций являются базой для развития психоэмоционального напряжения, неадаптивных вегетативных реакций с избыточным приростом симпатических влияний, психо-вегетативно-гормональной стресс-реакции, метаболических и структурно-функциональных изменений. Психоэмоциональное напряжение поддерживается и действием профессиональных факторов. Несоответствие актуальных психологических качеств профессионально важным свойствам личности усиливает психоэмоциональное напряжение, способствует развитию «церебровисцерального синдрома» [7].

Таким образом, выявленный психологический фактор риска АГ у машинистов определяет развитие внутреннего (между сложившимся уровнем притязаний и сдерживающими рамками личности) и внешнего (между требованиями, порождаемыми интерперсональными взаимоотношениями, профессиональными) конфликтов, психоэмоционального напряжения, стресс-реакции.

Преморбидный личностный профиль машинистов отличается от личностных особенностей мужчин, занятых в оперативных службах УВД, заболевших АГ или ЯБ. Это поддерживает наше положение о существенной роли несоответствия личностных качеств профессионально важным в развитии ХНИЗ: разные профессиональные факторы определяют потенциальную опасность развития заболеваний для различных личностных структур. С другой стороны, представляется, что любые особенности личности, снижающие её адаптационные возможности, могут быть фактором риска ХНИЗ.

Некоторые особенности здоровой личности в определенных условиях профессиональной деятельности становятся уязвимыми к развитию дистресса, ХНИЗ, что необходимо учитывать в разработке профессиограмм, профессиональном ориентировании, профотборе.

Преморбидные профили СМЛ АГ и ЯБ у сотрудников оперативных служб и в преморбиде АГ у машинистов характеризовались повышением по шкалам невротической триады (шк. 1 и 2). Изучена распространенность дезадаптивных реакций у машинистов с высоким значением шкал невротической триады СМЛ. По данным анализа вариабельности сердечного ритма с использованием автоматизированной системы предрейсовых осмотров на базе комплексов аппаратно-программного измерения и анализа параметров пульса и артериального давления (КАПД-01-СТ) вычисляли индекс напряженности (ИН), чувствительный к усилению тонуса симпатической нервной системы, общесистемный индекс (SDR), отражающий характер и механизмы системных расстройств при изменениях тонуса вегетативной нервной системы, в также показатель Sit, отражающий состояние центральной нервной системы при различных типах реакций у машинистов со значениями шкал невротической триады 60 Т-баллов и выше в сравнении с более низкими показателями. Данные приведены в таблице 6.

Оказалось, что распространенность дезадаптивных реакций у машинистов с высокими значениями шкал невротической триады (60 Т-баллов и более) существенно выше по сравнению с более низкими значениями указанных шкал.

Психоэмоциональное напряжение сопровождается невротизацией, повышением тонуса симпатической нервной системы, усилением центрального контура регуляции. По нашим данным, лица в преморбиде АГ, ЯБ имеют определенные личностные особенности, снижающие устойчивость к стрессу, следствием чего является повышение активности механизмов симпатической регуляции, что, по нашему мнению, является началом соматического компонента психоэмоциональной реакции с дальнейшим вовлечением изменений гемодинамики головного мозга, липидного метаболизма.

Выводы

Несоответствие актуальных личностных качеств профессионально важным – универсальный фактор риска ХНИЗ. Соматическое сопровождение психоэмоционального напряжения, превышающего индивидуальную устойчивость (дистресс), в виде активации симпатoadреналовой системы, состояний дезадаптации по данным ИН, SDR, Sit, развития нарушений гемодинамики головного мозга, нарастания уровня липидов сыворотки крови является ранним показателем церебро-висцерального синдрома – неспецифического донозологического

состояния. Полученные данные целесообразно учитывать при разработке мероприятий по первичной профилактике ХНИЗ.

Таблица 6

Распространенность дезадаптивных реакций у машинистов в зависимости от значений шкал невротической триады СМИЛ

СМИЛ			Показатели дезадаптации					
Шкалы		N	SDR		SIT		IN	
			n	%	n	%	n	%
1	<60 T	124	7	4,8	7	5,6	1	0,8
	≥60 T	21	1	5,6	2	9,5	2	9,5
2	<60 T	114	7	3,2	6	5,3	3	2,6
	≥60 T	31	1	6,1	3	9,7	0	0
3	<60 T	125	7	5,0	7	5,6	2	1,6
	≥60 T	20	1	5,6	2	10,0	1	5,0

ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Белялов Ф.И.

Иркутский медицинский университет, Иркутск

Медицинская наука и практика исторически были разделены на психиатрию, изучающую проблемы души, и другие специальности, включавшие лечение заболеваний органов и систем человека. Попытки преодолеть жесткое разделение проблем души и тела в медицине предпринимались неоднократно и оформились в самостоятельное направление – психосоматику. Во многих странах созданы психосоматические общества, а психосоматика выделена в качестве отдельной медицинской специальности. Издаются десятки журналов, из которых наибольшую международную известность и авторитет приобрели *Psychosomatic Medicine* (<http://intl.psychosomaticmedicine.org/>) и *Psychosomatics* (<http://intl-psy.psychiatryonline.org/>).

За время развития психосоматики было сформулировано много идей и подходов, включая разработку концепции психосоматических заболеваний. Вместе с тем, отношение к психосоматике со стороны традиционных врачей было и остается достаточно сдержанным. Большинство врачей рассматривают психосоматику как область недостаточно понятную, трудную для освоения и не дающую существенных позитивных результатов в лечении соматических заболеваний. Часто психосоматику включают в состав комплементарной/альтернативной медицины, наряду с акупунктурой, биоэнергетикой и т.д. (ACCF).

Вместе с тем, большинство практических врачей понимают, что душевное состояние пациента при соматической патологии – важный фактор течения и исхода заболевания.

Попробуем оценить современное состояние, основные проблемы и перспективы психосоматического направления в медицине. Для этого важно получить ответ на ряд вопросов:

- Связаны душевные расстройства и соматические заболевания?
- Могут психические расстройства быть причинами соматического заболевания?
- Влияет психическое состояние на соматическое заболевание?
- Способно лечение душевного расстройства облегчить течение соматического заболевания?
- Каковы перспективы развития и актуальные задачи научных психосоматических исследований?

Связь душевных расстройств и соматических заболеваний

По данным многих эпидемиологических исследований психические расстройства встречаются существенно чаще у пациентов амбулаторных (в 1.5–2 раза) и стационарных (в 1.5–3 раза) лечебных учреждений, чем среди всего населения (Смулевич А.Б., 2000; ЕСА; Rincon H.G., 2001). При многих соматических заболеваниях значительно повышена частота психических расстройств (таблица 1).

Таблица 1. Частота депрессии и тревоги при соматических заболеваниях.

Заболевание	Частота расстройства		Литература
	депрессия	тревога	
Инфаркта миокарда	42%	50%	Burg M.M. et al, 2001; Moser D.K., Dracup K., 1996.
Хроническая обструктивная болезнь легких	23-43%	37-54	Gudmundsson G, 2006.
Ревматоидный артрит	38%	44	Zyrianova Y., 2006.
Рак	53%	27%	Almanza J. et al, 2000.

Таким образом, психические расстройства (тревожные, депрессивные) встречаются при соматических заболеваниях значительно чаще, что свидетельствует о взаимосвязи душевных и соматических процессов.

Психические причины соматических заболеваний

Современное развитие медицинской науки выявляет все больше вполне материальных причин при тех заболеваниях, которые ранее рассматривались как психосоматические и в происхождении которых роль психических факторов признавалась ведущей. Например, в развитии язвенной болезни была показана важная роль Н. pylori, а патологическую основу бронхиальной астмы составляет хроническое воспаление бронхов.

Даже при функциональных расстройствах более чем половине случаев не находят значимых психических отклонений. Так при функциональной диспепсии депрессия встречается только в 38% случаев, а тревога - в 21% случаев (Handa M. et al, 1999).

Если психическое расстройство – причина соматического заболевания, то устранение причины должно привести к исчезновению заболевания. Таких фактов в настоящее время нет ни для одного соматического заболевания, исключая только стрессовые гастродуоденальные язвы.

Влияние психического состояния на течение соматического заболевания

Оценка влияния состояния психики на течение соматического заболевания встречает значительные трудности. Современное состояние знаний о заболеваниях человека предполагает участие в большинстве соматических заболеваний многих внешних и внутренних факторов, которые действуют в совокупности или выполняют роль триггеров. Выделить и доказать существенное значение роли психологических факторов – непростая задача. Даже строгий отбор пациентов без других патогенных факторов не может служить надежным доказательством.

Вместе с тем, негативная ассоциация тревоги и депрессии с тяжестью и прогнозом многих соматических заболеваний показана в ряде исследований с оценкой независимого вклада психических факторов. В частности, депрессия – значимый фактор риска смерти при терминальной почечной недостаточности (Kurella M., 2005). У пациентов сахарным диабетом и депрессией существенно выше риск осложнений, а также общей и сердечной летальности (на 20 и 30% соответственно) (Egede L.E. et al, 2005; Vileikyte L. et al, 2005). Годовая летальность при депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью выше в 2.2 раза, а частота повторных госпитализаций - в 3 раза (Jiang W. et al, 2001). Летальность у пациентов после инфаркта миокарда с депрессией в течение года повышалась в 6.6 раза (Frasure-Smith N., 1995).

Однако опираясь на данные вышеописанных исследований нельзя считать, что психологические факторы вызывают ухудшение соматического заболевания, а не являются ранними индикаторами неблагоприятного исхода. В определенной степени доказательством причинно-следственной связи может служить улучшение прогноза после психотропного лечения.

Влияние лечения душевного расстройства на соматическое заболевание

Основным движущим мотивом для развития психосоматического направления является возможность позитивно повлиять на течение соматического заболевания. Рассмотрим ре-

зультаты исследований эффективности психотропного лечения у пациентов с депрессией и соматическими заболеваниями.

Несмотря на многообещающие результаты ранних работ, в последних крупных исследованиях (SADHART, MIND-IT) не удалось доказать позитивное влияние антидепрессантов и психотерапии на течение ишемической болезни сердца у пациентов после инфаркта миокарда.

Лечение депрессии улучшило психологическое состояние пациентов с сахарным диабетом, но не влияло на уровень компенсации сахарного диабета (Katon W.J. et al, 2004; Williams J.W. et al, 2004).

Антидепрессанты улучшили качество жизни и у пациентов с терминальной стадией заболевания хронической обструктивной болезнью легких, но не повлияли на прогноз респираторного заболевания (Smoller J.W. et al, 1998; Lacasse Y. et al, 2004).

Программы психологической поддержки пациентов с раком улучшили самочувствие пациентов и качество жизни, но не повысили выживаемость, за исключением пациентов с меланомой (Classen C. et al, 2001; Petticrew M. et al, 2002; Fawzy F.I. et al, 2003).

Такие результаты подтверждают предположение об отсутствии причинно-следственного характера и, соответственно, негативного влияния психических факторов на течение соматических заболеваний. Вместе с тем, облегчение депрессии и тревоги, повышение качества жизни оправдывает назначение психотропных средств.

Проблемы психосоматического направления и задачи медицинской науки

Предшествующий анализ научных исследований показал, что несмотря на очевидную связь между рядом соматических заболеваний и состоянием психики, не получено данных, подтверждающих причинно-следственный характер отношений. Вместе с тем, исследования, особенно методически корректные, для многих заболеваний не проводились вообще или их число крайне недостаточно. Для многих соматических заболеваний недостаточно изучена роль даже таких известных психических факторов как тревога и депрессия, не говоря о враждебности, алекситимии и т.д.

Кроме того, даже отсутствие причинно-следственных отношений не закрывает проблему особенностей у соматических больных диагностики и лечения психических расстройств, которые часто приносят больше страданий, чем поражение внутренних органов.

Основное препятствие для изучения психосоматических отношений представляет отсутствие единой теоретической концепции, опирающейся на патофизиологические исследования. В последние годы находят все больше структурных индикаторов психических расстройств (рецепторы, медиаторы, химические процессы, нейроны мозга). Однако непонятно, каким образом эти нарушения могут быть связаны с функциональными и структурными повреждениями внутренних органов.

В терапевтической клинике остается серьезной проблемой безопасность применения многих психотропных препаратов. Особенно это касается наиболее востребованной психофармакологической группы – антидепрессантов. В частности, получены противоречивые данные в отношении безопасности гетероциклических антидепрессантов и СИЗС (Taylor C.B. et al, 2005; Watkins L.L. et al, 2006). Так, применение антидепрессантов ассоциировалось с 3-кратным повышением использования антисекреторных препаратов, а СИЗС увеличивали риск кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (Ma J., 2006). В этой связи, требуется тщательное изучение действия психотропных препаратов при разных соматических заболеваниях, а также разработка более безопасных психотропных средств.

Нам представляется важным исследовать такое свойство антидепрессантов, как влияние на ощущения пациентов. Об этом свидетельствует эффективность антидепрессантов при первичной головной боли, диабетической нейропатии, хронической боли, синдроме раздраженного кишечника, бронхиальной астме и других патологических состояниях (Moja PL et al, 2005; Smoller J.W. et al, 1998).

Несмотря на высокую частоту психических расстройств у соматических больных в России отсутствует серьезная подготовка студентов и врачей непсихиатрических специальностей, позволяющая диагностировать и проводить лечение (медикаментозное, кратковремен-

ную поддерживающую психотерапию) нетяжелых психических расстройств. Без особого успеха реализуются образовательные программы Всемирной организации здравоохранения.

До сих пор, несмотря на периодическое обсуждение, больше на страницах журналов и книг, не определены организационные формы помощи пациентам с психическими и психосоматическими проблемами.

Подводя итоги, полагаем, что изучение психосоматических взаимосвязей, эффективности и безопасности психотропной терапии пациентов с заболеваниями внутренних органов являются актуальными целями научных исследований. Необходимо значительно повысить эффективность образовательных психосоматических программ для практикующих терапевтов и внедрить в медицинскую практику организационные формы психосоматической помощи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Зольников А.О.

МУЗ ГКБ № 3, Челябинск

В зависимости от набора определённых личностных качеств человек может либо разрушать своё здоровье, либо сохранять его. Неумение реагировать на внешние и внутренние раздражители, нерациональное использование собственных ресурсов запускает механизм, разрушающий психическое и физическое здоровье[1]. Другими словами организм переключается на другой «режим» поведения, вызывающее физическое заболевание или суицидальную готовность. Такое поведение в нашем случае названо разрушающим или деструктивным. Крайней формой саморазрушающего поведения является суицид, который характеризуется как результат незрелости и негибкости личности в способности реагировать на те или иные жизненные ситуации, стереотипные обращения к прошлому опыту, неумение брать ответственность на себя[4]. Основной причиной суицидальных действий считается социально-психологическая дезадаптация личности, существует ряд взаимопереходящих форм саморазрушающего поведения[5].

Нервно – психические и соматоформные заболевания не входили в этот перечень, однако страдания в данном случае также связаны с изменением в поведении. Можно предположить, что в основе любого, особенно соматоформного страдания присутствует разрушающий стиль поведения, изменив который можно улучшить качество жизни[2]. Полученные данные имеют важное значение для разработки мероприятий по первичной профилактике саморазрушающего поведения и крайней его стадии – суицидального поведения. Представляет интерес изучение психологических особенностей пациентов с суицидальным (саморазрушающим) поведением и соматоформными расстройствами, как факторов, способствующих развитию вышеуказанных состояний.

Цели данного исследования: Изучить особенности разрушающего поведения на различных уровнях.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали пациенты в возрасте от 20 до 50 лет. Всего обследовано две группы по 60 человек, каждая из которых содержала равное количество мужчин и женщин по 30 человек. Первую группу составили соматоформные расстройства (СФР), включающую (38 чел.63%) с соматоформной вегетативной дисфункцией и (22 чел.37%) с хроническим соматоформным болевым расстройством, вторую – суицидальная группа (СГ), т.е. совершившие одну (41чел.68%) или несколько суицидальных попыток (19чел.32%). Использовались экспериментально-психологические исследования, клиническое наблюдение, методы статистического анализа. Применялись следующие методики: опросник социально - психической адаптации (СПА) (К. Роджерс и Р. Даймонд 2002 г.)[3] для выявления степени адаптированности-дезаптированности в системе межличностных отношений и опросник суицидального риска (СР) (Т.Н.Разуваева 2001г.)[6] отражающий уровень сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Результаты и обсуждение. Данное исследование выявило следующие соотношения средних значений в группах СФР и СГ соответственно. По методике СР: наличие сущест-

венных различий по всем шкалам, их гетерогенность, за исключением антисуицидального фактора (табл. 1).

По методике СПА средние значения по субшкалам в группах СФР и СГ составили: принятие себя 38 ± 1.9 и 37 ± 3.2 $p < 0,05$; неприятие себя 27 ± 1.45 и 27.6 ± 1.9 $p < 0,05$; принятие других $23.7 \pm 0,7$ и 21.4 ± 1.7 $p < 0,05$; неприятие других $24.8 \pm 1,2$ и $24.9 \pm 1,45$; эмоциональный комфорт 26.9 ± 1.12 и $26,4 \pm 1,5$ $p < 0,05$; эмоциональный дискомфорт 21.2 ± 0.8 и 22.1 ± 1.08 $p < 0,05$; внутренний контроль 34 ± 2.4 и 30.1 ± 2.2 $p < 0,05$; внешний контроль 22.4 ± 0.9 и 20.97 ± 1.3 $p < 0,05$; доминирование 7.8 ± 0.78 и $8,8 \pm 0,9$ $p < 0,05$; ведомость 11.8 ± 0 , и $12,25 \pm 0,8$ $p < 0,05$; адаптивность 100.5 ± 2.20 и $75,5 \pm 2.20$ $p < 0,05$; дезадаптивность $95,2 \pm 0.91$ и $80,2 \pm 0,91$ $p < 0,05$. Значения интегральных показателей вычислялись по формулам:

$$A = \frac{a}{a+b} \quad L = \frac{1,2a}{1,2a+b} \quad S = \frac{a}{a+b} \quad I = \frac{a}{a+1,4b} \quad E = \frac{a}{a+b} \quad D = \frac{2a}{2a+b}$$

a – показатель значения первой группы по субшкале

b - показатель значения второй группы по субшкале

Таблица 1

Соотношение показателей по методике суицидального риска

шкалы группы	демонстративность	аффективность	уникальность	несостоятельность	соц пессимизм	слом культурных барьеров	максимализм	временная перспектива	Анти суицидальный фактор
Соматоформные расстройства	1.74 ± 0.7	$2,1 \pm 0,7$	1.9 ± 0.8	1.7 ± 0.6	1.6 ± 0.6	2.03 ± 0.8	2.6 ± 1.3	$2,05 \pm 0,7$	$3,0 \pm 1.3$
Суицидальная группа	2.14 ± 0.9	2.5 ± 0.9	$2.6 \pm 0,7$	2.8 ± 0.9	2.4 ± 0.7	$2.34 \pm 0,8$	2.95 ± 1.1	2.5 ± 0.8	$3,04 \pm 1.5$

Таблица 2

Значения интегральных показателей по методике СПА в %

шкалы группы	адаптация А	Принятие других L	самопринятие S	интернальность I	эмоциональный комфорт E	стремление к доминированию D
соматоформные расстройства	$57 \pm 0,7$	$58,4 \pm 1,5$	$47 \pm 1,8$	$47 \pm 1,4$	$49 \pm 1,4$	$57 \pm 2,7$
суицидальная группа	$54 \pm 0,4$	$58 \pm 2,5$	$45 \pm 2,8$	$46 \pm 1,7$	48 ± 2	$59 \pm 2,6$

Сопоставление исследуемых групп по методике СР выявило преимущественную гетерогенность показателей в группах. Наибольшая разница выявлена по шкалам «несостоятельность», отражающая отрицательную концепцию собственной личности «я плох» и «социальный пессимизм», отражающая отрицательную концепцию окружающего мира «все недостатки меня». Предполагается, что эти шкалы повышаются в последнюю очередь, как «социально неодобряемые». Следующей шкалой по наибольшей разнице в группах является «уникальность», характеризующая оригинальность выхода из трудной ситуации, например суицид с неумением использовать свой и чужой опыт. Описание дальнейших шкал идёт в порядке уменьшения разницы между группами. «Временная перспектива» - сильная погруженность в ситуацию, невозможность планирования будущего. «Аффективность» – эмоциональная блокада интеллекта. «Демонстративность» - привлечение внимания, своеобразный крик о помощи. «Максимализм» - распространение локального конфликта на все сферы жизни, невозможность компенсации. «Слом культурных барьеров» - поиск ценностей и причин,

оправдывающих суицидальное поведение, делающее его привлекательным. «Антисуицидальный фактор» показывает уровень предпосылок для психокоррекционной работы, степень ответственности, критики при суицидальном поведении. Суммируя вышеизложенное можно составить «портрет» каждой из групп по данной методике. Группа СГ характеризуется большей «внешней» эмоциональностью, погруженностью в ситуацию и как следствие этого несостоятельностью и социальным пессимизмом. Группа СФР характеризуется менее выраженными внешними признаками саморазрушения: эмоциональностью, несостоятельностью и социальным пессимизмом. По ведущим суицидальным факторам «максимализм» и «слом культурных барьеров» имеются более сходные значения, что позволяет считать группу СФР следствием разрушающего поведения. Совпадение значений по шкале «Антисуицидальный фактор» говорит о критичности и возможности коррекции в обеих группах.

Сопоставление групп по методике СПА показало гетерогенность показателей по субшкалам, за исключением «неприятия других» и «эмоционального комфорта», по которым наблюдается практически полная гомогенность. Это может означать, что имеющиеся общие признаки по низкому принятию других и недостаточному эмоциональному комфорту и свидетельствуют о принадлежности данных групп к стадиям единого процесса разрушающего поведения. При анализе интегративных показателей обнаруживаются сходства значений в обеих группах, особенно шкалах «принятие других» и «интернальность» табл.2. Психологический портрет в группах выглядит следующим образом. Группа СГ характеризуется более выраженным эмоциональным дискомфортом, недостатком внутреннего контроля, стремлением к доминированию. Группа СФР отличается большим внутренним контролем и самопринятием, более высокой степенью эмоционального комфорта и более высокой адаптацией. Суммируя данные по методикам можно сделать заключение о том, что одинаковые показатели принятия других в субшкале и интегральном показателе, а также близкие значения по главным шкалам, отражающим суицидальный риск «максимализм» и «слом культурных барьеров» свидетельствуют о сходстве групп. Учитывая выше изложенное, предполагается считать соматоформные расстройства не только следствием разрушающего поведения, но и стадией суицидального поведения.

Полученные данные, возможно, использовать для более раннего выявления группы риска суицидального поведения.

Выводы: В результате исследования выявлен личностный рисунок, характерный для пациентов с высоким риском суицидального поведения. Это пациенты с фиксацией на неудачах, физическом недомогании, склонности к расширению локального конфликта, недостатком самопринятия.

Соматоформные расстройства и суицидальное поведение являются звеньями единого процесса разрушения психического и соматического здоровья, так как имеется известный риск суицида в обеих группах.

Отличие групп заключается в уровне внутреннего контроля, самопринятия, эмоционального комфорта и социального пессимизма.

Факторы расширения локального конфликта и оправдание суицидального поведения сходны в обеих группах и являются «внутренними базовыми» признаками саморазрушения. Практически одинаковые показатели шкалы «принятия других» могут служить «маркерами» саморазрушающего поведения.

Необходимо дальнейшее исследование факторов риска для профилактики суицидального и другого разрушающего поведения.

НОЗОГЕННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НА ЭТАПЕ ЧЕТЫРЁХ-ЛЕТНЕГО КАТАМНЕЗА

Корниенко В.Н.

Иркутский Государственный Медицинский Университет, Иркутск

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа аффективных психических расстройств, коморбидных с соматической патологией. Так, в общей врачебной практике

они встречаются с частотой от 15 до 90% от общего числа больных соматического стационара (Смулевич А.Б., Тхостов А.Л., Сыркин А.Л., 1997). При этом структура тревожных и тревожно-депрессивных нарушений зависит как от объективных характеристик соматического страдания (его тяжести, прогнозов), так и от субъективных отношений пациента к своему заболеванию — внутренней картиной болезни (Ромасенко Л.В., Хлебникова Л.Ю., 2003).

Среди психических расстройств, наблюдаемых у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), депрессивные состояния относятся к числу наиболее распространенных. По данным разных авторов (Cohen-Cole S.A., Kaufmann K.G., 1993; Annseau M., 1993; Koenig H.G., Meador K.G., Cohen H.J., Blazer D.G., 1988; Mayou R., Hawton K., 1986), от 5 до 44% больных, находящихся в стационаре по поводу ИБС, страдают аффективными (депрессивными) расстройствами. Коморбидность депрессий с соматическим заболеванием рассматривается как неблагоприятный фактор, негативно влияющий на проявления и даже на исход соматического страдания (Смулевич А.Б., 2003). Установлено, что у больных с депрессией смертность в течение года после инфаркта миокарда в 3—6 раз выше, чем у больных, не страдающих депрессией (Pratt L.A., Ford D.E., Crum R.M. et al., 1996). В частности, признаки психопатологически завершенной депрессии, возникшие у больных ИБС после острого инфаркта миокарда, имеют особую значимость и приравниваются к таким прогностическим в отношении летального исхода факторам, как степень недостаточности кровообращения (по классификации Killip) и коронарные катастрофы в анамнезе (Evans D.L., Straab J., Ward H., Leserman J., Perkins D.O. et al., 1996/1997). Вместе с тем известно, что депрессия у кардиологических больных чаще всего остается нераспознанной и поэтому не лечится (Погосова Г.В., 2002).

До настоящего времени в литературе имеются указания на небольшое число исследований, посвященных изучению связи тревожных расстройств с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В них на большом клиническом материале рассматривается, главным образом, проблема связи тревоги со смертностью от заболеваний сердца (Coryell W., Noyes R., Clancy J., 1982; Haines A.P., Imeson J.D., Meade T.W., 1987; Kawacyi I., Colditz G.A., Ascherio A. et al., 1997). Авторами установлено увеличение смертности у больных ИБС (но не от инфаркта миокарда) и тревожными расстройствами по сравнению с больными ИБС без тревоги. Но влияние тревожных расстройств на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний не столь определенное и значимое как депрессии (Frasure-Smith N., Lesperance F., Jeneau M. et al. 1999, Moser D.K., Dracup K., 1996).

Достоверной связи между тревожными расстройствами и возникновением инфаркта миокарда не выявлено. Тревога также не влияет на прогноз течения заболевания у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (Ahem D.K., Gorkin L., Anderson J.L. et al., 1990). Тем не менее, результаты исследований ряда авторов (Denoillet J., Brutsaert D.L., 1998; Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M., 1995; Hermann C., Brand-Driehorst S., Kaminsky B. et al., 1998; Moser D.K., Dracup K., 1996) показали, что существует связь между тревожными расстройствами и частотой ухудшения состояния у больных ИБС. При этом отмечено, что значение имеет и уровень тревоги (Kawachi I., Colditz G.A., Ascherio A. et al., 1997; Kawachi I., Sparrow D., Vokonas P.S., Weiss S.T., 1995).

Несмотря на важность проблемы, специального исследования, посвященного системной оценке психических расстройств у больных в раннем реабилитационном периоде и качества жизни в отдаленном периоде после инфаркта миокарда, до настоящего времени не предпринималось.

Цель настоящего исследования - изучение нозогенных нервно-психических расстройств и качества жизни у больных перенесших инфаркт миокарда в аспекте оптимизации терапии и реабилитации.

Материалы и методы.

В исследование были включены больные, поступившие в кардиологическое отделение реабилитации курорта "Ангара" за период январь - май 2002 г. Все больные были направлены в плановом порядке после стационарного лечения через 21 день после перенесенного инфаркта миокарда. Всего было обследовано 105 человек.

Возраст больных был от 35 до 72 лет. 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.

Диагностика основного заболевания осуществлялась врачами кардиотерапевтических отделений ОКБ и ГКБ города Иркутска.

Клинико-психопатологическое исследование дополнялось экспериментально-психологическим. В качестве оценочных инструментов использовались методики СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности), ТОРЗ (Томский Опросник Ригидности Залевского), шкала оценки депрессии Зунге и шкала Гамильтона для оценки тревоги. На этапе отдаленного катамнеза использовался опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey» - неспецифический опросник для оценки качества жизни). При постановке психиатрического диагноза применялись общепринятые диагностические критерии Международной статистической классификации болезней – МКБ-10.

Результаты и обсуждение.

Клиническое изучение больных в раннем реабилитационном периоде, позволило выделить две группы больных: 1. с наличием патологической (нозогенной) реакции; 2. с непатологическими формами реагирования, без отчетливых психопатологических проявлений.

У больных первой группы, согласно синдромальной характеристике нозогении выделялись: 1. астенический синдром; 2. депрессивный синдром; 3. тревожно-депрессивный синдром; 4. ипохондрический синдром.

Во второй группе, непатологические формы реакции на болезнь, включали: 1. гипонозогнозическое отношение; 2. адекватное отношение к болезни.

Реакция на ИМ квалифицируется как адекватная, если: а) поведение больного и «внутренняя картина болезни» соответствуют имеющийся у больного информации о тяжести ИМ и его возможных последствиях; б) больной соблюдает режим, следует предписаниям врача и в) в состоянии контролировать свои эмоции.

Гипонозогнозическое отношение проявляется у больных, которые внешне производят впечатление недостаточно критично относящихся к болезни. У них ровное, спокойное или даже хорошее настроение. Они склонны благоприятно оценивать перспективу, переоценивать свои физические возможности, преуменьшать опасности. Однако при более глубоком анализе обнаруживается, что больные правильно оценивают свое состояние, понимают, что с ними произошло, знают о возможных последствиях болезни. Они лишь отбрасывают от себя мрачные мысли, стараются как бы «закрывать глаза» на изменения, вызванные болезнью. Они не желают мириться с тем положением и теми ограничениями, которые возникают при болезни. Такое частичное «отрицание» болезни, видимо, следует расценивать как защитную психологическую реакцию. В целом можно рассматривать данный вид личностных реакций как нормальный, поскольку при нем не нарушается поведение и отсутствует психопатологическая симптоматика. Больные соблюдают режим и выполняют все предписания врача, хотя многие из них и считают, что их можно было бы активизировать более быстрыми темпами.

В группу больных с патологическими формами реагирования вошли 74 человека (70,4%). Средний возраст 53,7 + 0,84 лет. Из них 59 больных мужского пола (средний возраст 53 + 0,97 лет) и 15 женщин (средний возраст 53,26 + 1,7 лет). Подавляющее большинство из них (72 человека – 97,3%) на момент обследования состояли в браке. Высшее образование имели 26 (35,1%) человек, средне-специальное – 39 (52,7%). Наличие гипертонической болезни в анамнезе наблюдалось у 38 (51,35%) человек, ИБС – 26 (35,1%) человек. ЧМТ перенесли 2 (2%) человека, оперативные вмешательства - 18 (24,3%). Большинство пациентов заболели остро - 53 (71,6%). Начало заболевания сопровождалось болевым синдромом в большинстве случаев 66 (89,2%) человек.

Усредненный профиль СМОЛ характеризовался подъемом показателей выше 60-Т баллов преимущественно по шкалам 1 (ипохондрия) и 9 (гипомания). Одновременное повышение на первой и девятой шкале наблюдается если повышенная активность, высокое честолюбие и самооценка, сочетаются с невозможностью добиться желаемого положения и реализовать актуальные стремления, а возникающая тревога относится за счет соматического состояния. При этом пациенты, как правило, считают себя соматически больными и отрица-

тельно относятся к попытке трактовать их жалобы как следствие ситуационных или эмоциональных затруднений. Их поведение характеризуется либо напряженностью и активным стремлением к соматической терапии, либо демонстративным оптимизмом и стремлением подчеркивать свою стойкость перед лицом тяжелого недуга.

Согласно результатам ТОР у больных выявлялся высокий уровень психической ригидности по шкале общей ригидности СКР (140,34 + 2,92) и шкале АР (37,8 + 1,11), что говорит о склонности к широкому спектру фиксированных форм поведения – персевирациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму, неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, модус переживания. Высокий уровень психической ригидности по шкале СР (43,65 + 1,41) отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, возможно, страх перед новым, своего рода неофобию.

По шкале тревоги Гамильтона средняя величина общей тревоги составила 14,02 + 1,06 балла (из них психическая тревога – 7,78 + 0,59 балла, соматическая тревога – 6,36 + 0,62 балла), что говорит о наличии у данной группы больных очерченных симптомов тревоги. По шкале депрессии Зунге средний уровень депрессии составил 38,85 + 0,85 балла.

Преобладание астенической симптоматики в структуре нозогении отмечено у 12 больных (11,4% всех обследованных). Средний возраст 53,6 + 1,4 лет. Из них 10 больных были мужского пола (средний возраст 53,7 + 1,7 лет) и 2 женщины (средний возраст 53,5 + 1,5 лет). В клинической картине, на первый план выступали слабость, повышенная утомляемость, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, слезливость, явления гиперестезии, нарушение сна. Нередко наблюдались головные боли, вегетативные расстройства.

Большинство больных этой группы имели средне-специальное образование – 6 человек (50%), 4 (33,3%) высшее образование. Все 12 (100%) человек состояли в браке. ИБС в анамнезе до ИМ было у 4 (33,3%), гипертоническая болезнь у 6 (50%) человек. Острое развитие заболевания отмечено у 8 (66,6%) человек. Во всех случаях начало заболевания сопровождалось выраженным болевым синдромом.

Усредненный профиль СМОЛ не достигал 60-Т баллов. Согласно результатам ТОР в данной группе больных выявлен высокий уровень психической ригидности по шкале общей ригидности СКР (132 + 7,1), по шкале АР (38,58 + 3,5) и шкале СР (42,66 + 4,3). По шкале тревоги Гамильтона средняя величина общей тревоги составила 10,5 + 2,1 балла (из них психическая тревога – 4,83 + 1,34 балла, соматическая тревога – 5,5 + 2,17 балла). По шкале депрессии Зунге суммарный показатель был 40,8 + 2,17 балла, что определяется как состояние без депрессии.

Депрессивный синдром диагностирован у 15 больных (14,3% всех обследованных). Все 15 больных являлись лицами мужского пола. Средний возраст 53,5 + 2,2 лет. В клинической картине преобладало сниженное настроение, которое сочеталось с выраженной Раздражительностью, тревогой, снижением витальных влечений (редукция аппетита, либидо) и стойкой инсомнией. Иногда больные предъявляли жалобы на дифференцированное чувство тоски, отсутствие желания что-либо делать, высказывали неверие в возможность благоприятного течения заболевания, пессимистически оценивали свое состояние в настоящем и перспективе.

Большинство больных этой группы имели средне-специальное образование – 9 (60%) человек. Все 15 (100%) человек на момент обследования находились в браке. Гипертонической болезнью страдали 9 (60%) человек, ИБС до ИМ было у 4 (26,6%). ИМ с болевым синдромом протекал у 12 (80%) человек. У 3 человек (20%) выявлялся коморбидный хронический алкоголизм.

Усредненный профиль СМОЛ характеризовался подъемом показателей по шкалам - 2 (депрессия) и 9 (гипомания) выше 60-Т баллов. Парадоксальное сочетание подъема профиля на второй и девятой шкале может отражать высокий уровень побуждений и активности, даже если они сочетаются не с оптимизмом, а с более или менее выраженным ощущением угрозы, при этом черты гипоманиакальности маскируют депрессию. Согласно результатам ТОР в

данной группе больных выявлен высокий уровень психической ригидности по шкале общей ригидности СКР (143 + 27,12) и по шкале СР (42,66 + 13,82).

По шкале тревоги Гамильтона средняя величина общей тревоги составила 12,26 + 7,54 балла (из них психическая тревога – 7,26 + 4,71 балла, соматическая тревога – 5 + 3,54 балла), что свидетельствует о наличии клинически очерченных симптомов тревоги.

По шкале депрессии Зунге средний уровень депрессии составил 52,25 + 7,46 балла, что предполагает диагностику депрессии неглубокого уровня.

Тревожно-депрессивный синдром преобладал в клинической картине у 39 больных (37,14% всех обследованных). Средний возраст составил 53,7 + 1,25 лет. Из них мужчин 26 человек (средний возраст 53,9 + 1,6 лет), женщин 13 человек (средний возраст 53,2 + 2 лет).

У данной категории больных выявлялось угнетенное, подавленное настроение, апатия, безнадежность, пессимизм. Неверие в возможность благоприятного течения заболевания. Оценка в мрачных тонах своего состояния в настоящем и перспективы. Тенденция и все остальное видеть в мрачном свете.

Подавляющее большинство пациентов (37 человек – 94,8%) на момент обследования находились в браке. Высшее образование имели 15 (38,4%) человек, средне-специальное – 17 (43,6%) человек. Наличие гипертонической болезни в анамнезе наблюдалось у 20 (51,3%) человек, ИБС – 15 (38,4%) человек. ЧМТ перенесли 2 (5,1%) человека, оперативные вмешательства – 10 (25,6%). Большинство пациентов заболели остро – 22 (56,4%). Начало заболевания сопровождалось болевым синдромом у 35 (89,7%) человек.

Усредненный профиль СМОЛ характеризовался подъемом показателей выше 60-Т баллов по 9 шкале (гипомания) и менее выраженным подъемом по 1 шкале (ипохондрия). Такой профиль свидетельствует о повышенной активности, высоком честолюбии и самооценки индивидуума, а незначительное повышение по первой шкале свидетельствует о наличии тревоги за счет соматического состояния.

Согласно результатам ТОР в данной группе больных выявлен высокий уровень психической ригидности по шкале общей ригидности СКР (142,9 + 22,4), а также по шкалам АР (38,87 + 9,21) и СР (45,4 + 9,3).

По шкале тревоги Гамильтона средняя величина общей тревоги составила 14,5 + 9,8 балла (из них психическая тревога – 8,3 + 5,2 балла, соматическая тревога – 6,43 + 5,87 балла). По шкале депрессии Зунге средний уровень депрессии составил 39,56 + 7,46 балла, что диагностируется как состояние без депрессии.

Ипохондрический синдром диагностирован в 8 (7,6%) случаях (все мужчины, средний возраст составил 54,25 + 2,07 лет). Клиническая картина определялась повышенным вниманием к работе сердца, чрезмерным интересом ко всему, что так или иначе связано с сердцем, лечением и т.д. Нередко больные испытывали разнообразные неприятные ощущения в груди и в области сердца в виде покалывания, жжения, давления, тяжести, ощущения холода или жара и др., которые, по феноменологическим характеристикам отличались от болевых ощущений, наблюдавшихся в остром периоде болезни.

В семейном анамнезе больных данной группы отмечалась высокая наследственная отягощенность сердечно-сосудистыми заболеваниями. У большинства больных (6 человек) отец, мать или оба родителя страдали ИБС.

Все пациенты (8 человек – 100%) на момент обследования находились в браке. Высшее образование имели 4 (50%) человек, средне-специальное – 3 (37,5%) человек. Наличие гипертонической болезни и ИБС в анамнезе наблюдалось у 3 (37,5%) человек. Острое развитие заболевания было в 4 (50%) случаях. В большей части наблюдений (7 человек, 87,5%), начало заболевания сопровождалось выраженным болевым синдромом.

Усредненный профиль СМОЛ больных данной группы, отличался наибольшим подъемом (выше 70 Т-баллов) по 1 шкале (ипохондрии). Также были повышены (свыше 60 Т-баллов) шкалы 3 (конверсионной истерии), 6 (паранойальности) и 9 (гипомании) шкалы. Повышение по девятой шкале отражает повышенную самооценку, способность игнорировать затруднения, значительную, но плохо организованную активность и сочетается с высокой способностью к вытеснению отрицательных сигналов, демонстративностью, эмоциональной незрелостью и эгоизмом при наличии повышения профиля по третьей шкале. Проявления

аффективной ригидности и чувство враждебности со стороны окружающих (которые отражает повышение профиля по шестой шкале) может осложнять межличностные контакты. Такой тип профиля может отражать возникновение сверхценных или паранойяльных образований на фоне гипоманиакального аффекта. Подъем профиля на первой шкале говорит о наличии тревоги, которая относится субъектом за счет состояния своего физического здоровья (ипохондрические тенденции).

Согласно результатам ТОР в данной группе больных был выявлен высокий уровень психической ригидности только по шкале общей ригидности СКР (134,25 + 35,8).

По шкале тревоги Гамильтона средняя величина общей тревоги составила 20,25 + 8,8 балла (из них психическая тревога – 10,5 + 4,66 балла, соматическая тревога – 9,75 + 6,52 балла), что говорит о наличии у данной группы больных тревожного состояния с наличием как психической, так и соматической тревоги. По шкале депрессии Зунге средний уровень депрессии составил 35,5 + 5,2 балла, что диагностируется как состояние без депрессии.

Группу сравнения составили больные без выраженных психопатологических проявлений (31 человек, 29,5% всех обследованных). Средний возраст 51,35 + 1,54 лет. Из них 27 больных мужского пола (средний возраст 51,18 + 1,67 лет) и 4 женщины (средний возраст 52,5 + 4,64 лет).

Подавляющее большинство пациентов (28 человека – 90,3%) на момент обследования находились в браке. Высшее образование имели 10 (32,2%) человек, средне-специальное – 20 (64,5%) человек. Наличие гипертонической болезни в анамнезе наблюдалось у 9 (29%) человек, ИБС – 7 (22,6%) человек. ЧМТ перенесли 2 (6,4%) человека, оперативные вмешательства – 8 (25,8%). Большинство пациентов заболели остро – 19 (61,3%). Начало заболевания сопровождалось болевым синдромом у 26 (83,9%) человек.

При психологическом обследовании с помощью теста СМОЛ отмечалась не выходящая за границы нормы тревога за здоровье на фоне уверенности в себе, оптимистичности и стеничности. Согласно результатам ТОР в данной группе больных также выявлен высокий уровень психической ригидности по шкале общей ригидности СКР (131,87 + 4,02), по шкале СР (41,12 + 1,91), которая отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений на новое, возможно, страх перед новым, своего рода неophobia.

По шкале тревоги Гамильтона средняя величина общей тревоги составила 5,93 + 1,37 балла (из них психическая тревога – 3,16 + 0,85 балла, соматическая тревога – 2,71 + 0,63 балла). По шкале депрессии Зунге средний уровень депрессии составил 34,22 + 0,63 балла, что диагностируется как состояние без депрессии.

Таким образом, в раннем реабилитационном периоде после ИМ, чаще всего выявлялся тревожно-депрессивный (37,1%) и депрессивный (14,3%) типы нозогенных расстройств. Согласно результатам ТОР, именно у данных больных выявляется наиболее высокий уровень психической ригидности. В то же время, группу больных с тревожно-депрессивной, депрессивной и ипохондрической симптоматикой, в структуре нозогении, объединяет повышение личностного профиля по 9 шкале СМОЛ. Такое повышение свидетельствует о наличии гипертимных проявлений, склонности к колебаниям аффекта спонтанным, либо под влиянием внешних факторов, но с тенденцией к его застойному характеру, что может отражать элементы смешанного аффекта в структуре аффективных расстройств.

В отдаленном периоде после ИМ (через 4 года), с помощью опросника качества жизни (КЖ) SF-36, методом телефонного интервьюирования, было обследовано 52 человека (40 мужчин и 12 женщин).

Из группы больных без выраженных психопатологических проявлений было опрошено 11 человек (9 мужчин и 2 женщины). Физический компонент здоровья этой группы больных составил 43 балла; психологический компонент здоровья – 56,57 балла.

Из группы больных с патологической реакцией на болезнь (астенический, депрессивный, тревожно-депрессивный и ипохондрический синдром) был опрошен 41 человек (31 мужчина и 10 женщин). Физический компонент здоровья этой группы больных составил 44,5 балла; психологический компонент здоровья – 62 балла. При этом, в группе больных с астенической реакцией на болезнь физический компонент здоровья составил 46,87 балла; психо-

логический – 57,96 балла. В группе больных с депрессивной реакцией на болезнь физический компонент здоровья составил 49,14 балла; психологический – 59,62 балла. У больных с тревожно-депрессивной реакцией на болезнь физический компонент здоровья составил 41,46 балла; психологический – 64,42 балла. А в группе больных с ипохондрической реакцией на болезнь физический компонент здоровья, в среднем был равен 50,23 балла; психологический компонент здоровья – 58 баллов.

Показатели качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, по прошествии четырех лет имеют невысокие значения (т.е. значительно ниже 100 баллов). Больные с наличием адекватной и патологической реакции на болезнь в раннем реабилитационном периоде существенно не различались по показателю «Физический компонент здоровья», а «Психологический компонент здоровья», имел большие значения у больных с патологическими формами реагирования. В данной группе выявлялась диссоциация оценки качества жизни с преобладанием показателя «Психологический компонент здоровья» над «Физическим компонентом здоровья». Показатели качества жизни, в зависимости от психопатологической формы реакции на болезнь в раннем периоде после ИМ, также имели различия. Преимущественно в группе больных с ипохондрическими и тревожно-депрессивными реакциями выявлялись сохраняющиеся элементы неадекватной самооценки состояния здоровья. Наиболее низкие показатели физического компонента здоровья отмечены в группе больных с тревожно-депрессивными формами реакций, а психологического компонента - в группе больных с астенической формой реакции на болезнь. в группе больных без выраженных психопатологических проявлений и больных с патологической реакцией на болезнь значительно не отличался.

Полученные данные предполагают существенное значение дифференцированной психофармакотерапии и психотерапии в комплексном лечении больных ИМ на раннем реабилитационном этапе, а также пролонгированной психотерапевтической поддержки пациентов в последующем.

СИНДРОМ АУТОАГРЕССИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Окладников В.И.

Иркутский медицинский университет, Иркутск

С позиции аналитической психологии К. Г. Юнга аутодеструктивные и суицидальные тенденции обусловлены внутриличностным конфликтом, возникающим в результате столкновения установок бессознательного и сознания, приводящим к нарушению гармонии личности. Пресуицидальный синдром связывают с преобладанием аутоагрессивных тенденций на основе психологической дезадаптации личности, неспособности осознать состояние конфликта «между фрагментами и уровнями психики» (Д.А.Иванов, 2005). В психиатрии и наркологии известны несуйцидальные формы аутоагрессий, проявляющиеся самоповреждениями и передозировками токсических веществ (Е.Г. Трайнина, 1985). Интерес к изучению особенностей личности в преморбиде психосоматической патологии растет, так как у 50,8% пациентов депрессивные нарушения предшествуют возникновению инсультов (Н.Г. Катаева, 2005).

Проведен анализ группы из 10 пациентов с цереброваскулярной патологией и 21 пациента, страдающего вегетативной дистонией невротического генеза, у которых при психодиагностическом исследовании по методу «портретных выборов» Сонди была выявлена «тенденция идти по пути саморазрушения». Эта тенденция выражалась синдромами d0m- (9 человек) и p0k- (12 человек).

У всех пациентов на персонограмме был выявлен паттерн «амальгамирование», причем в 10 случаях это отмечено по шкале экстраверсия-интроверсия («амбиверсия»), 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** типичен для дезадаптированной личности, он характеризуется типологически чаще всего **сочетанием амальгамирования и акцентуации (в 50% случаев)**. 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.

Приведем клиническое наблюдение.

Пациент М., 29 лет, студент. Обратился за консультацией с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха в душном помещении, утомляемость, плохой сон. В анамнезе сотрясение головного мозга, полученное в результате драки, спровоцированной самим пациентом. Курит, выпивает умеренно.

В неврологическом статусе выявлены рассеянные симптомы резидуального характера. Синдром вегетативной дистонии (СВД) – 24 балла.

Персонограмма:

Р-И 52,1 (+- 9,2) демпфирование и амальгамирование,

Л-Э 45,9 (+- 8,5) демпфирование и амальгамирование,

И-С 46,3 (+- 8,5) демпфирование и амальгамирование,

Э-И 19,6 (+- 8,7) акцентуация.

Вариант дезадаптации типа личности интуитивно-логического экстраверта (ИЛЭ) с демпфированием и амальгамированием иррациональности, демпфированием и амальгамированием основной и вспомогательной функций, акцентуацией экстравертной установки.

По тесту Сонди d0m-! Выявлена склонность к аутодеструкции, не исключен определенный суицидальный риск. По тесту ММИЛ - пики на 9 и 4 шкалах, что отражает влечение к внешним возбуждающим ситуациям, склонность к разрушительным действиям, протест против морали и этической нормы, представляющий угрозу для самого себя.

В приведенном примере интегративная личностная оценка отражает глубокую дисгармоничность в связи с сочетанием разнонаправленных тенденций: склонностью к пунктуальности, точности и экзальтации чувств, снижением социальной спонтанности и стремлением быть в центре внимания, стремлением к лидерству, амбициозность. При внешней регламентирующей обстановке исследуемый способен в определенной мере контролировать свои протестные тенденции, хотя эпизодически проявляется девиантное поведение в форма аутоагрессии.

Можно предположить, что наличие контроля за внешними проявлениями деструктивных тенденций, обуславливает их интериоризацию и направляет в вегетативно-соматическую сферу, при этом формируется психовегетативный синдром, кардиоваскулярный вариант которого может трансформироваться в цереброваскулярную патологию.

В качестве одного из вариантов аутодеструкции может быть **синдром редуцированной прогерии**, который по нашим наблюдениям выражен в различной мере у всех пациентов с дезадаптационным состоянием личности. Синдром редуцированной прогерии включает признаки раннего старения организма, такие как патологическая плотность периферических сосудов (Х.Г.Ходос), arcus senilis, раннее поседение и облысение, атрофию кожи с подкожным жировым слоем (иногда и мышечным), гиперкератоз на стопах, развитие катаракты, диабета, остеопороза, рака, психический инфантилизм, снижение интеллекта. В литературе описана прогерия детского возраста (Гилфорд, 1897) и взрослых (Вернер, 1904). Важную роль в развитии прогерии играет состояние дисстресса, так у ранее здоровых лиц была выявлена прогерия у узников фашистских лагерей, Селье наблюдал преждевременное старение в стадии истощения стресса у животных в эксперименте. Патогенез этого состояния связан с вегетативно-соматической дисфункцией.

Если развитие и проявление вегетативно-соматической дисфункции заблокированы, аутодеструктивная тенденция принимает другое направление и может привести к суициду, что можно продемонстрировать следующем наблюдением.

Солнечным майским утром 2002 года 19-летний студент Л. одного из ВУЗов города совершил суицид, выбросившись из окна 9-этажного дома. Поскольку он ранее проходил

скрининговое обследование, были проанализированы его медицинские документы. Установлено, что Л. был соматически и неврологически здоров (неоднократно проходил медицинские осмотры), занимался физической подготовкой. При заполнении анкеты для выявления признаков вегетативных изменений не назвал ни одного нарушения (СВД = 0 баллов). Учился хорошо, был общительным. При исследовании методом пиктограммы выдал оригинальный образ: на слово «победа» изобразил пушечный залп из цветов; нестандартный образ – на слово «обман»: муж возвращается из командировки, а в шкафу сидит другой мужчина. Установлено, полгода назад пережил разрыв с любимой девушкой. Психологическое исследование показало, что по тесту Кейрси тип личности логико-сенсорный экстраверт (ЛСЭ), по тесту ММИЛ выявлены пики на шкалах К, 9, снижение по 0 шкале. Показатели переднего плана по тесту Сонди: h+! s+ e+- hu- k-! p+ d- m0.

Психологическая трактовка: эмоциональная незрелость, Эрос-гипертония, нарциссические черты, эгоцентризм, ревность, агрессия, спонтанность поведения, «жесткий» кодекс нормы, непродуманность поступков, склонность к хаотическому поведению в экстремальных условиях, импульсивность, упорство в своих убеждениях, «застревание» на объекте привязанности, амбивалентное к нему отношение, скрытая этическая дилемма: осознание необходимости действовать при трудности перехода к активным действиям, продукция сверхценных идей, дезимагинация – обесценивание существующих ценностей, несовместимость состояния психики с жизнью, ЭГО уже отдало приказ о самоликвидации.

Становление личности у трети молодых людей сочетается с аутодеструктивными тенденциями; анализ юношеских дневников выдающихся людей показывает, что такие разные психологические типы как Гете, Ромэн Роллан, Наполеон, Томас Манн, Ганди, И.С. Тургенев, Максим Горький всерьез обсуждали возможность суицида в качестве попытки преодоления жизненных трудностей путем ухода из жизни в периоде самоопределения (Н. Кил) Таким образом, аутодеструктивный синдром весьма вероятен, если

1. Клинически диагностируется психо-вегетативный синдром в одном из вариантов.
2. В психической сфере имеется тревожно-депрессивный синдром.
3. На персонограмме выявляется вариант дезадаптации типа личности, например, сочетание амальгамирования и акцентуации.
4. По тесту Сонди диагностируются паттерны p0,k-; d0,m-; s-,k-.

Выявленные данные диктуют необходимость проведения воспитательных и лечебно-коррекционных мероприятий на ранней стадии возникновения психо-вегетативного расстройства под динамическим психодиагностическим контролем.

Клинический анализ этих наблюдений свидетельствует о том, что эмоционально-травмирующая ситуация формирует патологическую систему, которая вызывает с одной стороны церебральный дезинтегративный процесс, сочетающийся с компенсаторными (или гиперкомпенсаторными) явлениями, одновременно формируется аутодеструктивный синдром, причем психологический паттерн аутодеструкции может быть реализован в нескольких направлениях: **1 - девиантное поведение, 2 – формирование психосоматической патологии, 3 – синдром редуцированной прогерии, 4 – суицидальные мысли, наклонности (так называемые суицидальные эквиваленты) или реализованный суицид.** Список суицидальных эквивалентов довольно широк, он может включать, например, такие, как синдромы зависимости (алкоголизм, наркомания), отказ или несоблюдение режима лечения, рискованные виды спорта, «агрессивный» стиль вождения автомобиля, нежелание иметь детей (Ю.И.Секунда), готовность принести себя в жертву в военной и политической борьбе (камикадзе, шахиды). В медицинском отношении наиболее актуальным является формирование психосоматической патологии. Саморазрушающее поведение – это совершение «любых действий, над которыми у человека имеется некоторый реальный или потенциальный волевой контроль, способствующий продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти» (Н.Б.Табачник). Церебральные механизмы, обеспечивающие этот выбор, нуждаются в уточнении. Приведенные наблюдения позволяют предположить, что значимую роль при этом играет именно **особый вариант дезадаптационного состояния** типа личности.

Определение аутоагрессивного синдрома как фактора риска психосоматической патологии, в частности цереброваскулярного заболевания, причем фактора риска регулируемого, управляемого создает новые возможности для первичной и вторичной профилактики этой группы расстройств. В качестве фармакологических препаратов, нормализующих личностно-типологические показатели, могут быть рекомендованы антидепрессанты (паксил), адаптогены (танакан), ноотропы (мексидол).

Уточнение роли адаптационных и дезадаптационных состояний типа личности в процессе формирования и развития психосоматической патологии позволяет разработать и реализовать стратегию психокоррекции пациента, что является важнейшим дополнением к фармако- и физиотерапии.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Петрова М. М., Сугоняко Е. А.

Красноярская государственная медицинская академия; Клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича, Красноярск

Психосоматические аспекты внутренней патологии представляют крупную теоретическую и практическую проблему. Язвенную болезнь (ЯБ) можно рассматривать как типичный пример психосоматического заболевания, при котором психоэмоциональные и психосоциальные факторы играют существенную роль, предшествуя и способствуя образованию язвенного дефекта в желудке и ДПК.

Исходя из общепризнанной концепции, что конечным звеном ульцерогенеза является несоответствие факторов защиты и факторов агрессии слизистой оболочки желудка, можно отметить, что в обоих вариантах ведущим является участие нейрогуморальных факторов и вегетативной нервной системы, определяющих эмоциональное состояние человека. В исследовании Гарганеевой Н.П.(2002) показано, что полиморфизм и динамика психопатологических нарушений при ЯБ взаимосвязаны с динамикой морфологических изменений язвенного процесса. Волков В.С. и соавт. (2001) выявили, что состояние эмоциональной напряженности и тревожно-депрессивных черт личности характерны для тяжелого, длительного течения заболевания, что подтверждается данными других авторов. В тоже время, Фирсова Л.Д., 2003, считает, что нарушения в психической сфере значительно более выражены у больных с впервые выявленной ЯБ ДПК по сравнению с больными с повторными обострениями заболевания. В работе Подорожного П.Г.(1986), напротив, зависимости индивидуальных черт личности от клинического варианта ЯБ не выявлено.

Еще И.М. Сеченов утверждал: «Человек, страдающий болезнью желудка, должен иметь свою психологию». В работе Рутгайзера Я. М. (1997) патологические профили Миннесотского многопрофильного теста (ММПТ) при ЯБ составили 67,3% в отличие от 27% у здоровых. При изучении психоэмоционального статуса больных ЯБ с помощью личностного теста у них выявляют значительное повышение показателей по шкалам тревоги, эгоцентризма, притязаний, демонстративности, склонности к интраверсии, регистрируется астеноневротическая симптоматика. Нередко выявляют психопатологические синдромы: тревожно-депрессивный, тревожно-фобический, ипохондрический, астенический с истерическими реакциями, еще чаще выявляются невротически-неврозоподобные синдромы.

Требуют дальнейшего изучения вопросы выявления корреляционных связей между личностными особенностями больного и характером течения ЯБ. В доступной нам литературе мы встретили небольшое число исследований по определению психологических характеристик у больных с осложненным течением язвенной болезни.

Цель исследования. Сравнить психологические особенности личности больных ЯБ и здоровых лиц, больных с осложненным и неосложненным течением заболевания, а также проследить особенности психологического статуса в зависимости от длительности язвенного анамнеза.

Результаты исследования. Оценка психологического статуса больных язвенной болезнью и здоровых лиц позволила выявить достоверные различия по шкалам: F (агрессии), K, корригирующей открытость и замкнутость пациентов, 1 (ипохондрии), 2 (тревоги), 6 (ригидности) и 9 (активности). Шкалы 1 (ипохондрии) ($52,35 \pm 0,55$ Т-баллов) и 2 (депрессии) ($49,80 \pm 0,59$ Т-баллов) усредненного профиля личности были достоверно выше в группе больных ЯБ по сравнению с контрольной группой ($48,4 \pm 1,41$ Т-баллов и $43,3 \pm 1,64$ Т-баллов соответственно). По шкале 6 (ригидности) наблюдается достоверное отличие между группами, причем, по отношению к усредненному профилю отмечается повышение значений у больных ЯБ ($50,55 \pm 0,76$ Т-баллов) и понижение значений в контрольной группе ($41,33 \pm 1,67$ Т-баллов). Значения 9 шкалы (активности) оказались достоверно выше у больных ЯБ ($52,72 \pm 0,65$ Т-баллов) по сравнению со здоровыми респондентами ($47,87 \pm 1,79$ Т-баллов).

Следует отметить, что, если по шкале L (лжи) между группами отличий выявлено не было, то шкалы F (агрессии) и K, корригирующая открытость и замкнутость пациентов, отличались диаметрально противоположным образом в двух исследуемых группах: у больных ЯБ наблюдалась тенденция к агрессии состояния и меньшая зависимость от своего социального статуса, пациенты контрольной группы, наоборот, склонны к преуменьшению имеющейся у них симптоматики, наряду с озабоченностью своим социальным положением.

Полученные данные свидетельствуют о наличии в психологическом статусе лиц, страдающих ЯБ, внутренней тревоги за состояние здоровья, соматизации тревоги, сопровождающейся склонностью к жалобам и озабоченностью своим физическим состоянием. Эти лица отличаются тревожностью, внутренней напряженностью, раздражительностью, большей ригидностью. В связи с ригидностью даже единичные случаи аффекта тревоги длительное время угасают. Повышение уровня побуждений и активности на этом фоне объясняется не повышенным оптимизмом, а более или менее выраженным ощущением угрозы.

Использование теста СМОЛ позволило определить особенности личности пациента в зависимости от течения заболевания. Так у больных с язвенной болезнью, осложнившейся перфорацией, наблюдается повышение показателей по 4 шкале (адаптации) и 9 (активности), 6 (ригидности), характерные для лиц с недостаточной способностью интериоризации социальной нормы, склонных к асоциальному поведению. Напротив, у больных ЯБ желудка, осложнившейся кровотечением регистрируется выраженное снижение профиля по 4 шкале (адаптации), характерное для конвенциональных личностей, обнаруживающих высокий уровень идентификации со своим социальным статусом и тенденцию к сохранению постоянных установок интересов и целей, а сочетание пиков по шкалам 6 (ригидности), 2 (тревоги), 3 (демонстративности) указывало на дисгармоничность личности.

Мы предположили, что наличие язвенного анамнеза может влиять на особенности личности пациентов, и проанализировали усредненные показатели теста СМОЛ, разделив больных на группы: больные без язвенного анамнеза и больные, имеющие язвенный анамнез. Были зафиксированы отличия только по шкале 1 (ипохондрии), значения которой были выше у больных с предшествующим язвенным анамнезом, чем у лиц впервые заболевших, так достоверные отличия наблюдались у больных ЯБ ДПК, осложненной перфорацией ($52,95 \pm 1,91$ против $47,78 \pm 1,21$ Т-баллов), ЯБ ДПК, осложненной кровотечением ($54,54 \pm 1,13$ против $49,68 \pm 2,19$ Т-баллов), ЯБ ДПК неосложненного течения ($55,14 \pm 1,21$ против $51,28 \pm 1,41$ Т-баллов) и ЯБ желудка неосложненного течения ($57,99 \pm 2,62$ против $50,34 \pm 2,58$ Т-баллов), во всех случаях $p < 0,05$. Разбирая результаты данного исследования, мы пришли к выводу, что именно предшествующий язвенный анамнез обуславливает развитие ипохондрии у этой группы лиц. Даже если первоначально поглощенность своим физическим состоянием связывается с реально существующей соматической патологией, дальнейшее состояние характеризуется тем же длительным и тщательным самонаблюдением.

Для того чтобы определить, взаимосвязаны ли особенности предшествующего течения заболевания и психологические особенности личности, мы разделили пациентов на подгруппы: в первую подгруппу вошли больные, которые в течение нескольких лет предьявляли

жалобы на болевой синдром, а во вторую – больные с явлениями диспептической и неспецифической диспепсии.

Анализ усредненных профилей показал, что у лиц, в клинике которых преобладал болевой синдром, показатели по шкалам 1 (ипохондрии) и 2 (тревоги и депрессии) были выше по сравнению с пациентами, в клинике которых данный синдром отсутствовал. Так, наблюдались достоверные отличия по шкале 1 (ипохондрии) в группе больных с перфоративной язвой ($51,28 \pm 1,32$ Т-баллов против $47,41 \pm 1,32$ Т-баллов), с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением ($54,35 \pm 1,20$ Т-баллов против $48,83 \pm 1,81$ Т-баллов) и неосложненной ЯБ ДПК ($54,26 \pm 0,96$ Т-баллов против $46,00 \pm 3,52$ Т-баллов); по шкале 2 (тревоги и депрессии) у больных с прободной язвой ($45,33 \pm 1,60$ Т-баллов против $51,41 \pm 1,98$ Т-баллов), язвой ДПК, осложненной кровотечением ($50,95 \pm 1,23$ Т-баллов против $45,54 \pm 1,71$ Т-баллов) и ЯБ желудка, осложненной кровотечением ($51,29 \pm 3,43$ Т-баллов Т- против $43,00 \pm 2,35$ баллов), $p < 0,05$. Таким образом, у пациентов, в клинике которых преобладал болевой синдром, наблюдались снижение настроения и затруднения в социальных контактах, им сопутствуют раздражительность и тревога за состояние своего здоровья. В соматических жалобах преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих. Пики по шкалам ипохондрии при сохранении подъема по шкале тревоги и депрессии отражает беспокойство больных за состояние своего здоровья, которое доминирует в клинической картине.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о наличии в психологическом статусе лиц, страдающих ЯБ, внутренней тревоги за состояние здоровья, соматизации тревоги, сопровождающейся склонностью к жалобам и озабоченностью своим физическим состоянием. Эти лица отличаются тревожностью, внутренней напряженностью, раздражительностью, большей ригидностью. В связи с ригидностью даже единичные случаи аффекта тревоги длительнее угасают. Повышение уровня побуждений и активности на этом фоне объясняется не повышенным оптимизмом, а более или менее выраженным ощущением угрозы. Состояние человека (здоровый или больной) в большей степени, чем особенности течения болезни, сопряжено с особенностями личности. Ипохондрические черты характера больных язвенной болезнью нарастают при длительном течении заболевания. Существует взаимосвязь между личностными особенностями и вариантами диспепсии у больных язвенной болезнью.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рачко Т.А.

КрасГМА. Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ФПК и ППС, Красноярск

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространенных заболеваний, характеризующихся развитием тяжелых осложнений, и требует от пациента активного участия в процессе лечения, серьезного изменения образа жизни и, конечно, сотрудничества с лечащим врачом.

Изучение психологических аспектов сахарного диабета активно проводится, начиная с 60х годов XX столетия. Впервые роль психологических факторов в возникновении этого заболевания отметили М. Блеулер и Дж. Рудольф (1970). Сахарный диабет (СД) является синдромом генетически, патофизиологически и клинически неоднородным и может создавать условия для развития психологических расстройств. В литературных источниках больной СД описывается как личность с чувством хронической неудовлетворенности.

Богомоловым М.В. и соавт. (1996), были установлены этапы психологического отношения больного к своему хроническому неизлечимому заболеванию: 1 – потрясение и отрицание заболевания ("Это не я, я буду здоров, врачи ошиблись"); 2 – отреагирование и поиск причины ("Почему это случилось со мной") и 3 – осознание своего заболевания и формирование внутренней картины болезни.

В свою очередь, Чистякова Е.В. (1992г.) и Ивинова Л.В. (2001г.), изучая внутреннюю картину заболевания у больных СД 1 типа, в своих работах отметили ведущим типом отношения к болезни у данной категории пациентов сенситивный тип.

Изучение психологической картины пациентов, страдающих хроническим заболеванием, очень важно, так как отношение больного к своему состоянию сказывается на дальнейшем течении болезни и успехе в лечении.

Цель исследования: изучить психологический статус больных сахарным диабетом 1 и 2 типа и выявить доминирующие типы отношения к болезни в зависимости от типа СД и пола.

Материалы и методы: обследование было проведено 128 пациентам с СД 1 типа, из них 65 женщин и 63 мужчины, в возрасте $36,5 \pm 12,6$ лет и 96 больным СД типа 2 (83 женщины и 13 мужчин) в возрасте $55,2 \pm 7,4$ лет с помощью психологического теста ТОО («Тип отношения к болезни»), разработанный Ленинградским научно-исследовательским институтом им. Бехтерева В.М.; версия Личко А.Е., 1987. Опросник включает в себя 12 таблиц-наборов, которые содержат от 11 до 17 пронумерованных утверждений, касающихся самочувствия, настроения, сна, аппетита, отношения к болезни, лечению, врачам и медперсоналу, а так же – отношения к родным и близким, работе или учебе, окружающим, одиночеству и будущему. Тест позволяет определить отношение больного к своему заболеванию: активную борьбу с болезнью, понятие роли больного, игнорирование болезни и другие защитные механизмы, которые необходимо учитывать в работе с больным и его окружением.

Результаты исследования.

При оценке всех больных, включенных в исследование, были получены следующие результаты: среди пациентов с СД 1 типа в 30,47% случаев диагностирован эргопатический тип отношения к болезни, характеризующийся недооценкой своего заболевания, "уходом от болезни в работу" и ведущий к неудовлетворительному метаболическому контролю. В 27,34% случаев был отмечен гармоничный тип, т.е. трезвая оценка своего состояния, и в 17,19% - сенситивный тип, раскрывающий гиперчувствительность к проявлениям заболевания, озабоченность неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни, вследствие чего происходит нарушение социальной адаптации, более всего выраженное в межличностных отношениях. Анозогнозический тип был диагностирован в 13,28% случаев, который характеризуется избеганием любых мыслей о болезни и ее возможных последствиях, непризнание себя больным, отказ от обследования и лечения. В 7,03% - тревожный тип (непрерывное беспокойство и мнительность в связи с возможно неблагоприятным течением болезни, неэффективности и даже опасности лечения, поиск новых способов лечения, дополнительной информации о болезни и вероятных осложнениях). Остальные варианты, такие как ипохондрический, меланхолический, неврастенический, апатический, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы диагностированы менее чем в 3% случаев.

Среди пациентов с СД 2 типа чаще всего (29,17%) был отмечен гармоничный тип, в 20,83% - эргопатический и в 18,75% случаев - сенситивный типы отношения к болезни. Тревожный тип наблюдался в 9,38%, анозогнозический и ипохондрический (сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях) типы встречались в одинаковом проценте случаев - 6,25%, а неврастенический – в 5,21% случаев.

Необходимо отметить, что у больных сахарным диабетом 1 типа достоверно чаще встречался анозогнозический тип отношения к болезни, по сравнению с СД типа 2 (13,28% и 6,25% соответственно, $p < 0,05$).

При анализе результатов теста в зависимости от пола мы получили следующие результаты, представленные в таблице №1.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин и мужчин с СД 1 типа ведущим типом отношения к болезни явился эргопатический, который может повлечь за собой неудовлетворительные результаты лечения, а у пациентов с СД типа 2 оказались несколько иные результаты, основным у них отмечен гармоничный тип, однако у женщин со 2 типом СД в 10,71% случаев отмечен тревожный тип, который не был диагностирован у мужчин, страдающих СД типа 2. Также необходимо отметить, что у мужчин с 1 типом сахарного диабета достоверно чаще, чем у женщин, встречался анозогнозический тип отношения к болезни (22,41% и 5,71% соответственно, $p < 0,05$).

Таблица 1

Частота встречаемости различных типов отношения к болезни у больных СД в зависимости от пола, %

	Эрг.	Гарм.	Сенс.	Трев.	Аноз.	Невр.	Ипох.	Мел.	Апат.
Женщины СД 1 типа	30.00	25.71	21.43	10.00	5.71	1.43	2.86	2.86	-
Мужчины СД 1 типа	31.03	29.31	12.07	3.45	22.41*	-	1.72	-	-
Женщины СД 2 типа	21.43	28.57	19.05	10.71*	5.95	5.95	5.95	2.38	-
Мужчины СД 2 типа	16.67	33.30	16.67	-	8.33	8.33	8.33	-	8.33

Достоверность различий между мужчинами и женщинами одного типа диабета - * - $p < 0,05$

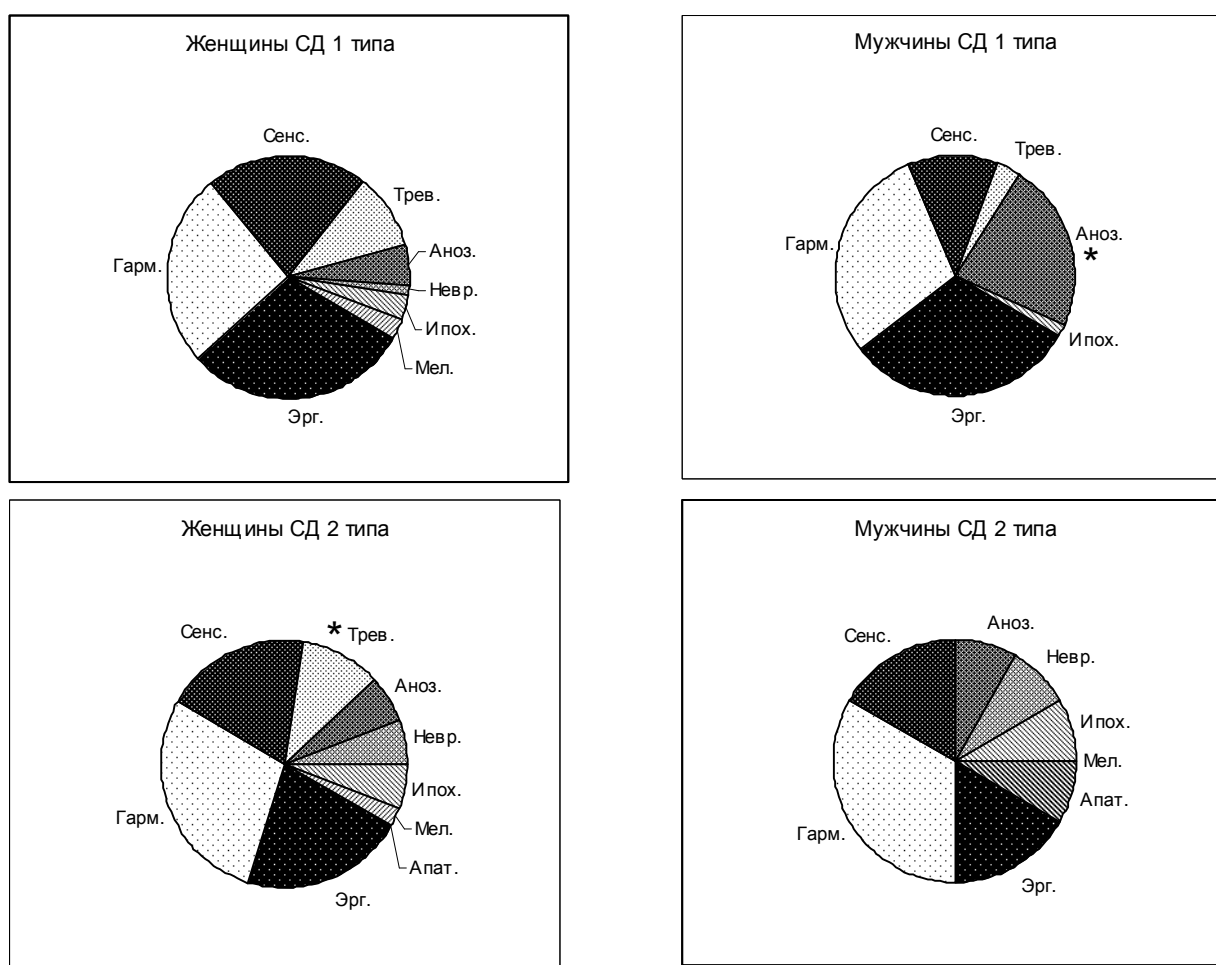


Рис.1. Типы отношения к болезни у женщин и мужчин СД 1 и 2 типа. Достоверность различий - * - $p < 0,05$

Таким образом, зная внутреннюю картину данного заболевания, психологический статус больного, принятие или непринятие им сложившейся ситуации и своего состояния, доктор может корректировать подход к общению с пациентом, обучение его и рассчитывать на удовлетворительный результат.

КОМОРБИДНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ И ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

(клинико-психопатологический и статистический анализ)

Собенников В.С., Пшеничных И.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В современных классификациях МКБ-10 и DSM-IV, стремление следовать атеоретическому (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 (Hyerl S.E. et al., 1978), сужению границ и утрате статуса самостоятельной клинической единицы» (Van der Kolk B.A 1994; Pelcovitz D., Roth S., Mandel F.S., McFarlane F., 1986; Herman J.I. 1992). Между классификациями МКБ-10 и DSM-IV-TR в данном разделе имеются существенные различия. В МКБ-10 рубрика «Диссоциативные расстройства», включает и основной массив конверсионных, по крайней мере, все нарушения имитирующие неврологические моторные и сенсорные нарушения, то в DSM-IV-TR, последние включены в раздел «Соматоформные расстройства», на основе необходимости дифференциальной диагностики с соответствующей соматоневрологической патологией. Такое положение, по мнению ряда авторов (Merskey H., 2000; Isaac M., et al., 2006) порождает представление о «соматоформно-диссоциативном спектре». Трансформации понятий во многом способствует патоморфоз истерии, с преобладанием «мягких» форм конверсивно-диссоциативной симптоматики и формированием клинических проявлений феноменологически близких клинике соматических и неврологических (в частности псевдоэпилептических) состояний (Ромасенко Л.В., 1993; Noche V., 1996). В связи с этим, диагностика диссоциативного расстройства, теоретически связанного с концепцией истерии, становится достаточно редкой и малооправданной (Van der Kolk B.A. et al., 1996), несмотря на то, что современные исследования подтверждают единство психологических процессов, лежащих в основе диссоциации и конверсии (Spitzer C. et al., 1999).

Между тем, распространенность диссоциативно-конверсивных расстройств в популяции значительна. Так, например, среди населения Австралии, распространенность патологической диссоциации оценивается в 3,4% (Maaranen P., et al., 2005). Конверсивные расстройства диагностируются у 0,5 % населения Швеции (Ljunberg L., 1957). Наиболее часто диссоциативные расстройства выявляются в общемедицинской сети, диагностика и терапия таких состояний сопряжена со значительными трудностями (Walker E.A. et al., 1992; Pribor E.F. et al., 1993; Van der Kolk B.A. et al., 1996). Среди женского контингента соматического стационара конверсивная симптоматика отмечается в 30% случаев (Woodruff R., 1967). Среди амбулаторного психиатрического контингента, единичные конверсивные симптомы выявляются у 24% больных, а у 10% - множественные. Чаще они наблюдаются у истероидных и антисоциальных личностей, а также в структуре депрессии (Guze S. et al., 1971). Прослеживается выраженная связь между диссоциацией, алекситимией, депрессией и суицидальным поведением, а распространенность диссоциативных расстройств, среди депрессивных больных, в девять раз превышает популяционную (Maaranen P., et al., 2005). Среди подростков с конверсивными расстройствами в 15,7% случаев диагностируется коморбидная большая депрессия и в 37,2% тревожные расстройства (Pehlivanurk B. et al., 2000). Таким образом, проявления диссоциации, соматизации, депрессии и тревоги, согласно современным данным, обнаруживают высокий уровень коморбидности (Breslau N. et al., 1991; Uguis S. et al., 2003). В целом, отмеченные данные и недостаточная определенность соответствующих категорий МКБ-10 и DSM-IV предполагают наличие широкого спектра состояний, имеющих перекрывание диссоциативно-конверсионной, соматоформной, депрессивной и тревожной симптоматики (Birket-Smith M. et al., 2002), что затрудняет диагностику и выбор терапии. Высказываются предложения по обязательной терапии антидепрессантами, при наличии в клинической картине истерического клубка даже при отсутствии выраженной депрессивной симптоматики (Brown S.R., et al., 1986; Dulz B., et al., 1996). Следовательно, уточнение границ патологических состояний, выявление истинных взаимоотношений не только между синдромами, но и

симптомами, в рамках коморбидных диссоциативных и аффективных расстройств, представляется актуальной задачей.

Целью данного исследования является изучение психопатологической структуры коморбидных аффективных (депрессивных, тревожных) и диссоциативных расстройств (КАДР), для оптимизации диагностики и терапии.

За период с 2003 по 2005 годы в отделение дневного пребывания Иркутского областного психоневрологического диспансера находились на лечении 1447 больных с аффективными и/или невротическими, связанными со стрессом соматоформными расстройствами. Из них больных с КАДР составили группу в 94 человека (5 мужчин, 89 женщин). Следовательно, распространенность КАДР среди стационарных больных с пограничными нервно-психическими расстройствами профиля составляет 6,5%. Соотношение мужчин и женщин составило 1:18. Еще Р. Бригет (1859) отмечал, что истерия у женщин наблюдается в 20 раз чаще, чем у мужчин. Согласно В.Я. Семке (1988), при истерическом неврозе соотношение лиц мужского и женского пола по возрастным периодам выглядит следующим образом: в зрелом (22-50 лет) - 1:4,5, в позднем (с 51 года) – 1:8,0. Автор отмечает, что фактор пола играет существенную роль в предпочтительности истерического реагирования, на разных возрастных этапах, особенно в период эндокринной перестройки.

В качестве оценочных инструментов использовались шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), тест соматизированного расстройства (SOMS), алекситимии (TAS), шкала истерического варианта дезадаптации личности (ИВДЛ). Также проводилась клиничко-патопсихологическая оценка статуса больных по тесту СМОЛ. При выяснении анамнестических сведений отдельному анализу были подвергнуты данные семейного анамнеза, динамика личностных особенностей больных, как в доманифестный период, так и на этапе актуального состояния.

Возраст больных, к моменту манифестации коморбидного аффективного и диссоциативного расстройств, был от 25 до 60 лет, но в большинстве случаев, заболевание манифестировало в интервале от 30 до 50 лет. В настоящее время имеются многочисленные данные о значении «перименопаузы», наблюдающейся у женщин в 40 – 55 летнем возрасте и проявляющейся гормональными флюктуациями, нарушением менструальной функции, в возникновении аффективных расстройств (Soares C.N., et al., 2001). Выдвигается теория эстрогенной «отмены», объясняющая частоту возникновения расстройств настроения в пременструальный, перименопаузальный и менопаузальный периоды (Schmidt P.J., et al., 1991). В целом, перименопауза рассматривается как период высокого риска манифестации аффективных расстройств (Freeman M.P., et al., 2002). Эти данные определили, в нашем исследовании, распределение больных в зависимости от возраста манифеста коморбидного состояния, на две группы - до 40 лет («ранний» манифест) и старше 40 лет («поздний» манифест).

При разделении на группы в зависимости от возраста наступления манифеста («ранний» и «поздний»), выявлены статистически достоверные различия по ряду социально-демографических и клинических параметров (таблица 1).

В группе с более «поздним» манифестом, достоверно чаще пациенты имели высшее образование ($p < 0,001$). Кроме того, среди лиц с более «ранним» манифестом чаще встречались истероидные личностные особенности (внушаемость и самовнушаемость, богатое воображение) – $p < 0,05$, в раннем анамнезе у них чаще обнаруживалась перинатальная патология ($p < 0,008$), в течении жизни они были склонны часто менять места работы, в том числе в связи с конфликтными ситуациями ($p < 0,03$). Наряду с более низкими средними показателями образовательного уровня, эти особенности предполагают возможность более значимого участия личностных особенностей при формировании КАДР в молодом возрасте, при более поздней манифестации имеют большее значение иные патогенетические факторы.

Острый манифест коморбидного аффективного и диссоциативного расстройств, без отчетливого инициального этапа, чаще наблюдался у пациентов первой возрастной группы (40% наблюдений), по сравнению со второй (20%). С этим связан более продолжительный период наблюдения интернистами, на этапе, предшествовавшем направлению на консультацию психиатра (3,2+0,4 лет, против 4,2+0,8 лет). К моменту изучения больных, в исследуемой выборке преобладали больные старше 35 лет (средний возраст обследования 38,5+0,9

лет и 49,7+/-0,9 лет, соответственно). Катамнез во всех случаях был более 3-х лет. В зависимости от пола отмеченные выше показатели существенно не различались.

Таблица 1.

Средний возраст на основных этапах заболевания, возраст обследования, первичной консультации психиатра, продолжительность наблюдения интернистами и катамнез больных «стационарной» группы, в зависимости от «раннего» и «позднего» манифеста КАДР.

Средние показатели	Манифест до 40 лет	Манифест старше 40 лет	Уровень достоверности (t-критерий) (P <...)
	N = 57	N = 37	
Возраст начальных расстройств	25,4+/-1,0	34,0+/-1,4	0,0000002
Возраст инициального этапа	29,9+/-0,7	40,8+/-0,8	0,0000000
Возраст манифеста	32,1+/-0,7	45,0+/-0,8	0,0000000
Возраст первичного направления к психиатру	33,5+/-0,7	45,4+/-0,9	0,0000000
Период наблюдения интернистами	3,2+/-0,4	4,2+/-0,8	0,214
Возраст обследования	38,5+/-0,9	49,7+/-0,9	0,0000000
Катамнез	5,6+/-0,6	3,6+/-0,4	0,009

Клиническая картина манифеста заболевания, во всех случаях определялась сочетанием коморбидных аффективных (депрессивных и тревожных) и диссоциативно-конверсионных расстройств пограничного уровня. Представленная в виде дискретных признаков (симптомов), она составила матрицу, включающую 211 признаков в альтернативной форме (0-нет, 1-да). Выделялось два блока: 1.расстройства, выявленные при клинико-психопатологическом исследовании (расспрос, наблюдение); 2. с использованием инструментария - формализованных шкал и опросников (шкала депрессии и тревоги Гамильтона – HDRS, клинический опросник SOMS-2, шкала истерического варианта дезадаптации – ИВДЛ, Торонтская алекситимическая шкала – TAS).

Клинико-психопатологический блок симптомов, включающий 72 признака, был подвергнут статистической обработке с применением метода автоматической классификации (факторный анализ). С использованием критерия «каменистой осыпи» (scree-test) – рисунок 1, были выделены 8 косоугольных факторов, связанных с формированием устойчивых кластеров клиники манифеста. Суммарная дисперсия данных факторов составила 36% общей дисперсии. Симптомы, имеющие достоверные факторные нагрузки, в пределах одного кластера отражают статистическую тенденцию к интеграции и, поэтому, могут рассматриваться, как опосредованные общим фактором, определяющим их проявление в клинической картине. Следовательно, анализ факторной структуры клиники манифеста КАДР, а также изучение корреляционных связей факторов позволяет верифицировать коморбидные отношения.

В наших наблюдениях, структура отдельных кластеров включала комплексы симптомов, в психопатологическом плане соотносимые с одним из следующих психопатологических состояний – депрессией, тревогой, диссоциативными и соматоформными расстройствами. В соответствии с феноменологическими особенностями и психопатологической принадлежностью связанных с ними кластеров симптомов, а также в зависимости от вклада в общую дисперсию, распознавались следующие факторы: 1. тревожно-гипотимный (ТГ); 2. диссоциативно-конверсионный (ДК); 3. дистимико-истерической соматизации (ДИС); 4. астено-апатической гипотимии (ААГ); 5. дистимико-невротический (ДН); 6. пароксизмальной тревоги (ПТ); 7. истероневротического реагирования (ИНР); 8. гипотимно-меланхолический (ГМ).

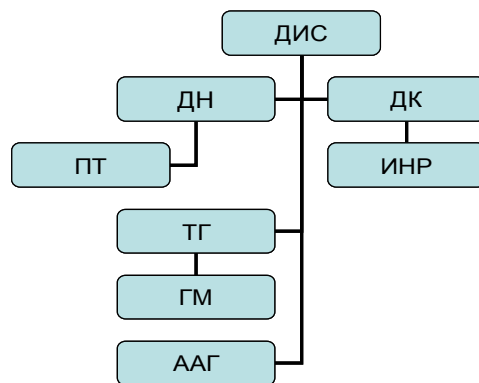
Такие кластеры рассматривались, как первичные коморбидные комплексы, формирующиеся на субсиндромальном уровне. Часть факторов такие, как тревожно-гипотимный (1), астено-апатической гипотимии (4) и гипотимно-меланхолический (8), определяли симптоматику преимущественно аффективного регистра. А такие факторы, как диссоциативно-конверсионный (2), дистимико-невротический (5), пароксизмальной тревоги (6) и истероневротического реагирования (7) – симптомокомплексы невротического регистра. Фактор дистимико-истерической соматизации (3), согласно содержательной характеристике, занимал промежуточное, связующее положение.

Клиническая картина манифестных проявлений коморбидных аффективных и диссоциативных расстройств, характеризуется сочетанием симптоматики нескольких кластеров, об особенностях взаимодействия выделенных кластеров можно судить по корреляционным связям между ними. Следовательно, изучение корреляций между факторами позволяет определить аффинитет первичных коморбидных комплексов к совместному проявлению на уровне сложного аффективно-невротического синдрома (синдромальный уровень коморбидности). Интегративная оценка результатов корреляционного анализа представлена на рисунке 1.

Отмечается центральное положение фактора дистимико-истерической соматизации (ДИС), который обнаруживает наибольшее количество корреляционных связей, как в рамках невротического регистра (факторы – ДК, ДН), так и аффективного (ТГ, ААГ, ГМ), что предполагает наибольшую частоту проявления симптомов соответствующего кластера в клинике КАДР. Можно заключить, что данная симптоматика формирует, совместно с расстройствами аффективного регистра своеобразный фон, на котором реализуются иные диссоциативно-конверсионные и невротические нарушения.

Рисунок 1.

Корреляционные связи выделенных факторов.



Иерархический анализ косоугольных факторов позволил выделить два вторичных фактора, которые определяют наиболее общие характеристики, свойственные спектру клинических проявлений манифеста КАДР в изученной группе больных.

Первый кластер, с наибольшими положительными факторными нагрузками, включал признаки, традиционно соотносимые с истерической конверсией (истерический клубок, каска неврастеника, сенсации по типу телесных фантазий). Данные симптомы в структуре кластера сочетались с широким спектром тревожно-депрессивных нарушений (признаки по HDRS 3, 5, 10, 11, 15, 18 и почти все признаки по HARS: 1 – 11), а также отдельными соматоформными симптомами (по SOMS-2) – указание на частый метеоризм, жидкий стул, необычные боли во время менструации, утрата аппетита, гипестезии и парестезии, которые, в том числе, могут соотноситься с соматизированными аффективными нарушениями.

Второй кластер включал симптомы истеродиссоциативного круга (явления истерической деперсонализации, гипомнезии, аффективное сужение сознания с склонностью к синкопальноподобным состояниям) в сочетании с алекситимией, гипотимным аффектом, с асте-

нопатическим компонентом и выраженной диссомнией (HDRS 4 – единственный признак шкала депрессии и тревоги Гамильтона, включенный в данный кластер), признаками физической астении. Угнетенное настроение, в этом случае, сочеталось с утомляемостью, эмоциональной лабильностью, болезненным переживанием снижения побуждений и собственно апатией, когда любая деятельность, волевое усилие воспринимаются как тягостные, утомляющие. Больные сообщали, что им «трудно думать», утрачивается интерес к социальной жизни, общению. Как отмечают Р.Я.Вовин с соавт. (1982), депрессивные состояния подобной структуры объединяют черты астенической и адинамической депрессии, границы между которыми весьма условны, особенно при затяжном течении. Сочетание гипотимии, астении, вялости и апатии, оправдывают определение такой депрессии, как астено-апатической. Подобные аффективные расстройства, как правило, ассоциируются с «соматовегетативными расстройствами астенического круга, явлениями гиперестезии» (Вовин Р.Я., с соавт., 1982), нередко наблюдаются среди «трудных» пациентов общесоматической поликлиники с соматизированными нарушениями (Степанов И.Л., 1991). Апатия при этом выступает как эмоциональный тон общего снижения витального тонуса, что определяет синтропию подобных депрессивных состояний и соматоформных расстройств.

Наибольший удельный вес в структуре кластера имела соматоформная и конверсионно-диссоциативная симптоматика (по SOMS), представленная почти всем комплексом признаков данного клинического опросника (1-частая рвота, 7-боли в руках и ногах, 8-боли в спине, 9-боли в суставах, 10-боли при мочеиспускании, 11-другие боли, кроме головной, 12-одышка, нехватка воздуха без нагрузки, 13-сердцебиение, перебои в сердце, 14-боли в груди, 15-головокружение, состояния оцепенения, 16-потеря памяти, 17-затруднение при глотании, 18-потеря голоса, 19-ухудшение слуха, глухота, 20-ухудшение зрения или двоение, 21- расплывчатое зрение, потемнение в глазах, 22-слепота, 23-обморочные состояния, временная потеря памяти, 25-затруднения при ходьбе, 27-задержка мочи, затруднения при мочеиспускании, 28-чувство жжения в половых органах и заднем проходе, вне связи с половым актом, 38-спастические запоры, 39-повышенный тремор или дрожание.

Такие проявления, включающие аффективные элементы, множественные соматоформные дисфункции и расстройства традиционно диагностируемые как конверсионные (гип- и анестезии, боли, припадки и конвульсии, псевдопараличи и мышечная слабость), во многом соответствуют «полисимптоматической истерии» или синдрому Брике (Guze S., 1967; Guze S., et al., 1971; Cloninger C.R., et al., 1986; Shalev A., et al., 1986).

Следовательно, основные проявления манифеста КАДР, включали два симптомокомплекса:

1. Тревожная гипотимия с коморбидными конверсионными расстройствами и соматоформной вегетативной дисфункцией преимущественно желудочно-кишечного тракта и мочеполовой сферы;

2. Астено-апатическая гипотимия в коморбидной связи с диссоциативно-конверсионными и соматоформными расстройствами.

Выявленные особенности клинической структуры КАДР с тенденцией к формированию избирательных коморбидных связей расстройств аффективного и диссоциативного спектра, предполагает возможность разработки дифференцированных терапевтических программ.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У МЕДРАБОТНИКОВ

Акарачкова Е.С.

ММА им. И.М.Сеченова. Отдел патологии вегетативной нервной системы НИЦ, Москва

Недостаток магния приводит к энергодефициту в нервной ткани, вследствие которого нарушается адаптация к стрессам, что способствует развитию невротических реакций.

Цель: оценить влияние психовегетативных проявлений дефицита магния на работоспособность и качество жизни медработников.

Методы: клинико-неврологическое обследование, анкеты синдрома вегетативной дистонии, гипервентиляционного синдрома, качества ночного сна, качества жизни, тест Спилбергера и Гамильтона (тревога и депрессии); тест «Самочувствие, активность, настроение», шкала жизненных событий Холмса и Рея (стрессодоступность); шкала глобальной психической оценки (CGI); интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале в баллах, симптом Хвостека в покое и после 3 минутной гипервентиляции, определение содержания магния в биологических средах (волосах).

Полученные результаты: у обследованных 15 активно работающих женщин-врачей (средний возраст 38 ± 2 лет) с вегетативными проявлениями невротических расстройств и установленным магниевым дефицитом (30 ± 6 мг/кг магния при норме от 50) были выявлены умеренно выраженные синдром вегетативной дистонии ($32 \pm 2,4$ при норме до 15 баллов) и гипервентиляционный синдром ($1,5 \pm 0,2$ при норме 0 баллов) в сочетании с повышенной нервно-мышечной возбудимостью (симптома Хвостека II-III степени в покое у 44%, после нагрузки у 63%, гипервентиляционная проба положительная у 50%), умеренная тревожность (45 ± 6 баллов при норме до 35). При оценке по CGI у 44% - имелись легкие тревожные проявления, не приводящие к дезадаптации этих лиц, и у 25% - средняя их выраженность. Снижение уровня самочувствия, активности, настроения ($46 \pm 2,6$; $40 \pm 2,6$; $49 \pm 2,3$ при норме более 55 баллов). Качество ночного сна было несколько снижено ($20 \pm 0,6$ при норме более 22 баллов). Снижение уровня стрессоустойчивости (100 ± 12 против 60 ± 8 баллов у здоровых людей). 40% указали, что для них существует проблема в получении и предоставлении удовлетворения своему партнеру. На этом фоне отмечалось незначительное снижение качества жизни (на 20%). После 2-х месяцев курсового приема «Магне-В6» выявлено достоверное положительное его влияние на пациенток: повышение уровня магния (57 ± 4 мг/кг) сопровождалось редукцией психовегетативного синдрома, нормализацией нервно-мышечной проводимости, качества сексуальных отношений, повышением уровней самочувствия, активности, настроения, качества жизни и работоспособности.

Заключение: восполнение дефицита магния нормализует энергетический и минеральный обмен в организме, что приводит к повышению адаптационных возможностей и редукции психовегетативных проявлений у врачей с невротическими расстройствами, восстанавливает их работоспособность, и, как следствие, повышает качество оказываемой ими медицинской помощи населению.

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Акарачкова Е.С.

ММА им. И.М. Сеченова. Отдел патологии вегетативной нервной системы НИЦ, Москва

Начато исследование, цель которого - оценка влияния нового селективного небензодиазепинового анксиолитика Афобазола на соматические (вегетативные) проявления тревоги у пациентов со сниженной стрессоустойчивостью. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического и легкого стимулирующего (активирующего) эффектов. Особенно показано его применение у лиц с астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям [Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В., Маметова Л.Э., 2005].

Методы: клинико-неврологическое обследование, анкета для выявления вегетативной дисфункции, анкеты ГВС, клинической характеристики сна, самочувствия, активности, настроения и качества жизни, шкала стрессодоступности Холмса и Рея, оценка тревожно-депрессивного синдрома (шкалы Гамильтона, тест Спилбергера), спектральный и временной анализ ритма сердца в покое и на 5 мин активной ортопробы (TP ms2, VLF, LF, HF%, LF/HF, SDNN).

Полученные результаты: обследовано 25 пациентов (ср. возраст 38 ± 7 лет) с полисистемными вегетативными проявлениями генерализованного тревожного расстройства (ср. длительность 7 ± 4 мес.). Нами прицельно отбирались пациенты со сниженной стрессоустой-

чивостью (152 ± 60 при норме 60 ± 8 баллов). Больные характеризовались наличием синдрома вегетативной дистонии (50 ± 12 баллов при норме до 15), гипервентиляционного синдрома ($2 \pm 0,9$ баллов при норме 0), сниженным качеством ночного сна (18 ± 3 при норме от 22 баллов), недостаточными уровнями самочувствия, активности и настроения (32 ± 10 , 40 ± 10 , 39 ± 12 баллов при норме от 55) без выраженного депрессивного радикала (14 ± 8 баллов при норме до 14). Оценка спектральных и временных характеристик сердечного ритма выявила недостаточность сегментарных вагальных влияний (HF), симпатикотонию в покое (LF/HF) и снижение variability ритма (SDNN), неадекватное обеспечение ортопробы (за счет надсегментарных механизмов VLF, в норме ортостаз обеспечивается преимущественной активацией сегментарных влияний LF).

Заключение. У пациентов со сниженной стрессоустойчивостью тревога приводит к нарушению вегетативного обеспечения, что сопровождается полисистемной вегетативной дисфункцией и снижением качества жизни. Мы предположили, что у подобных больных применение Афобазола будет оказывать наряду с анкиолитическим эффектом вегетостабилизирующий. Планируется исследование действия препарата в динамике (каждые 2 недели) на протяжении 6 недельного курса терапии.

ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТА ДВОЙНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ДИНАМИКУ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ

Акарачкова Е.С., Воробьева О.В.

ММА им. И.М. Сеченова. Отдел патологии вегетативной нервной системы НИЦ, Москва

Современный антидепрессант двойного действия дулоксетин обладает выраженным адъювантным анальгетическим эффектом.

Цель - оценка эффективности 2-х месячной терапии дулоксетином в дозе 60 мг в сутки в лечении хронических головных болей напряжения (ХГБН).

Методы исследования: визуальная аналоговая шкала, комплексный болевой опросник, тест Мак-Гилла, госпитальная шкала тревоги и депрессии, болевое качество жизни, шкала глобальной клинической оценки, ноцицептивный флексорный рефлекс (НФР).

Полученные результаты. Обследовано 11 пациентов (ср. возраст 42 ± 10 лет) со ср. частотой головной боли 21 ± 4 в месяц, ср. интенсивностью $6,5 \pm 2,5$ балла. Была выявлена диссоциация между средним уровнем интенсивности головной боли по оценочным шкалам и описательной характеристикой боли (пациенты использовали термины интенсивной боли). У больных отмечались умеренно выраженные тревога (11 ± 4 баллов), депрессия (12 ± 3 баллов), снижение порогов болевой чувствительности (НФР $0,85 \pm 0,1$) и снижение качества жизни (на 40%). Терапия дулоксетином способствовала снижению частоты головной боли до 5 ± 1 приступов в месяц, интенсивности – до $4 \pm 0,5$ баллов, отсутствию диссоциации между интенсивностью боли и описательными терминами, регрессу тревоги (5 ± 1 баллов), депрессии (8 ± 2 баллов), повышению болевых порогов и нормализации НФР ($0,95 \pm 0,3$). Препарат также приводил к улучшению психического состояния у 100% пациентов и улучшению качества жизни (20%).

Заключение. Применение дулоксетина у пациентов с ХГБН способствовало редукции болевого и психовегетативного синдромов, что положительно сказывалось на психическом состоянии и качестве жизни больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АЗАФЕНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Акжигитов Р.Г.

Специализированная клиническая больница №8 им. З.П. Соловьева – “Клиника неврозов”, Москва

Для получения данных о безопасности и эффективности азафена (пипофезина) при лечении психической патологии невротического круга проведено открытое несравнительное

исследование. Обследованы 50 больных с аффективной патологией, укладывающейся в рамки пограничных психических расстройств, проходивших стационарное лечение. Азафен назначали в дозах от 75 до 150 мг/сут. Длительность периода терапии составила 42 дня.

Критерии включения: 1) наличие пограничной психической патологии без психотических симптомов; 2) информированное согласие; 3) отмена предшествовавшей терапии не менее чем за 48 часов; 4) возраст от 18 до 65 лет; 5) не менее 11 баллов по Оценочной шкале Гамильтона и не менее 3 по шкале CGI-S.

Критерии исключения: 1) индивидуальная непереносимость препарата или аллергическая реакция на азафен в анамнезе; 2) значительное снижение качества жизни вследствие действия препарата; 3) наличие у больных хронических соматических заболеваний, в том числе резидуальной органической симптоматики вследствие сосудистых заболеваний, черепно-мозговых травм, инволюции, алкоголизма и пр.; 4) высокая вероятность некомплаентности.

Обследовано 10 мужчин и 40 женщин, средняя длительность заболевания составила: 1,5 года; 40 человек проходили стационарное лечение, 10 – в режиме дневного стационара. До начала лечения состояние всех пациентов расценивалось как средней тяжести. Длительность активной терапии составляла 42 дня, период “Wash out” – 48 часов. Все больные полностью завершили лечение. Оценка эффективности терапии проводилась с помощью шкал депрессии Гамильтона (HAM-D) и общей клинической оценки (CGI) на 0, 7, 14, 21 и 42 дни лечения. В случаях выраженной инсомнии протокол исследования допускал назначение одного из короткоживущих гипнотиков (золпидем, зопиклон), а при возникновении дезадаптирующей тревоги – применение алпразолама. Оценку переносимости проводили с использованием шкалы побочной симптоматики UKU, которая включает описание нежелательного явления, дату его начала, продолжительность, тяжесть (легкая, средняя, тяжелая) и связь с исследуемым препаратом (возможная, вероятная, отчетливая). На протяжении всего исследования осуществлялся мониторинг витальных функций – контроль артериального давления и пульса, общие анализы крови и мочи.

В диапазоне использованных доз азафен продемонстрировал хорошую эффективность при отсутствии выраженных побочных эффектов. При наличии показаний к проведению терапии антидепрессантами азафен может быть рекомендован для широкого применения как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

ЛИЧНОСТНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОДРОСТКА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Баркова Н.П., Волощенко С.А.

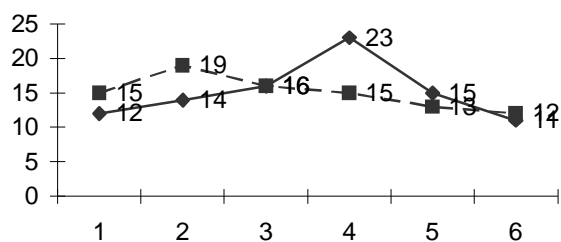
Иркутский государственный университет, Иркутск

Официально известно, что для 70% больных характерны неантигенные провоцирующие факторы (к ним относятся метеофакторы, физическая нагрузка, ирританты, психогенные факторы). Причем психогенная зависимость играет существенную роль у 44% детей с бронхиальной астмой. В этой группе пациентов наиболее четко прослеживается связь между обострениями болезни и эмоциональным состоянием. При этом эмоциональные факторы могут не только провоцировать приступ удушья, но и модулировать клинический ответ больного на контакт со специфическими аллергенами.

Проведенные нами исследования позволили установить характерный личностно-типологический портрет подростка с бронхиальной астмой.

Методы исследования. Свойства нервной системы определяли по психомоторным показателям в методике: «теппинг-тест»; уровень тревожности по методике Спилбергера-Ханина»;

Результаты и обсуждение. Личность психосоматического больного характеризуется и специфическими особенностями состояния нервных процессов. Проведенные нами исследования показали следующее: все испытуемые по средним значениям величин разделились на 2 типа (рис.).



_____ сильная нервная система, - - - - слабая нервная система

Рис. Распределение респондентов по типам состояния нервных процессов

Этот показатель играет важное значение, т.к., с биологической точки зрения, слабая нервная система – как менее «выгодная», несмотря на её положительные стороны; с медицинской – более опасна, т.к. у таких людей легче возникают «срывы»; с психологической и педагогической – рассматривается как система другого «типа», а не другого уровня совершенства, по сравнению с сильной нервной системой.

Для лиц со слабой нервной системой любые экстремальные условия выступают как стрессовый фактор. Школьная среда может выступать таким фактором, если к «слабым» предъявляются такие же требования, как и к сильным.

Достаточно сказать, что «слабым» в отличие от «сильных» для выполнения любого задания необходимо время для его планирования, выбора стратегии выполнения, а после выполнения – время на проверку и исправление ошибок. «Сильные» все это делают по ходу выполнения задания. Несмотря на то, что эффективность выполнения школьного задания может не снижаться, тем не менее, «слабые» платят дорогой ценой – стрессом. Этим, по-видимому, и объясняется значимая связь между низкой регуляцией стрессовых состояний у «слабых» ($K > 0,66$ при $p = 0,025$) и их высокой тревожностью ($K > 0,61$ при $p = 0,021$).

Таким образом, подростки с психоастеноподобным вариантом бронхиальной астмы отличаются повышенной тревожностью, блокированием эмоций, несформированностью собственной ценностной системы, зависимостью от лиц значимого окружения и низкой способностью принимать самостоятельные решения. Приступ бронхиальной астмы может появиться при необходимости принять ответственное решение из-за нарастания тревоги, вследствие личных проблем в межличностных отношениях. «Условная приятность» приступа заключается в том, что он избавляет пациентов от этой необходимости.

ОБЩИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Баркова Н.П., Щербакова А.В.

Иркутский государственный университет, Иркутск

Роль психологических факторов в возникновении соматических заболеваний в последние десятилетия резко возросла. Это объясняется тем, что все больше интеллектуализируется труд, увеличивается ответственность каждого человека, усложняются межличностные отношения, резко возрастает объем информации, происходит урбанизация населения. Плюс к этому постоянные природные, социально-экономические, политические катаклизмы.

Медицинская сущность этих процессов – в увеличении степени психологических нагрузок, повышении требований, предъявляемых к нервной системе, что может выражаться нарушениями психического состояния.

В результате резко возросшей роли психосоциальных факторов в происхождении болезни стали очень распространенными те соматические заболевания, в патологии которых большую роль играют эмоциональные факторы.

Говоря о психологических факторах, мы имеем в виду, прежде всего воздействие психологической травмы, как острого или одномоментного тяжелого воздействия психоотравляющего события, так и хронической травмы, когда в течение длительного времени в ре-

зультате отрицательных психических воздействий у человека поддерживается отрицательное эмоциональное состояние. Все это может привести к различным психогенным расстройствам, в том числе к соматическим заболеваниям.

Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. Соматические заболевания сопровождают человека от рождения до смерти. Без преувеличения можно сказать, что вся история человечества может быть представлена как история изучения заболеваний и попытка средств борьбы с ними с целью продления полноценной человеческой жизни, повышения ее качества и удовлетворенности человека собственной жизнью.

На болезнь раньше смотрели как на отсутствие здоровья, либо как на нарушение нормального функционирования организма, не учитывая, что болезнь есть филогенетически выработанная форма естественной защитной реакции организма на воздействие вредоносных факторов. Такому взгляду также способствовал чисто описательный подход к медицине, не затрагивающий причин и механизмов возникновения заболевания. С развитием науки болезнь стала восприниматься как сигнал сознанию человека о том, что на его организм или на его личность воздействуют какие-то вредоносные факторы. Без этого «сигнала» человек просто не стал бы обращать внимание на отрицательные факторы и тем самым бы подверг свой организм опасности гибели.

В связи с выделением психогений и психосоматических расстройств (ПСР) возникает вопрос: почему при воздействии сходной причины – отрицательных психологических факторов, у одних людей возникают соматические нарушения, а у других психические? По мнению Ф. Alexander, представителя неотрейдизма, это объясняется степенью вытеснения конфликта в бессознательное, при наиболее полном вытеснении возникают психосоматические заболевания.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как подсистемы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических свойств индивида. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяющему как психосоматическое заболевание. Понимание этих связей дает возможность эффективно воздействовать на формирование заболевания и определить наиболее эффективные методы психотерапии.

Внутренняя картина болезни находится в существенной зависимости от особенностей личности больного, его общего и культурного уровня, социальной среды и воспитания, а внутренний мир больного является сугубо индивидуальным проявлением личности больного. Она же, в свою очередь, играет важную роль в развитии, формировании, течении и прогнозе болезни.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейровегетативно-эндокринных изменений и характерным ощущением страха, является связующим звеном между психической и соматической сферами.

При адекватном эмоционально-личностном реагировании на болезнь с нозогностическим ее восприятием наблюдается наиболее оптимальная почва для выздоровления. При различных других формах эмоционально-личностного реагирования («рационализирующая», «ипохондрическая», «раническая», «пассивная», «отрицающая»), которые можно объединить как неадекватные формы, происходит значительное снижение темпа и качества выздоровления.

Следует помнить, что внутренняя картина болезни формируется не как одномоментная реакция на острое заболевание, а в процессе всего развития личности с учетом ее социального статуса, внутрисемейной среды, межличностных отношений и, конечно же, психофизиологических особенностей, где следует учитывать как состояние нейродинамического (сила и слабость нервных процессов), психодинамического (тип темперамента, экстраинтравертированность) уровней, так и оценку личностного профиля (уровень тревожности, стрессоустойчивость и др.), включая мотивационную сферу (избегание неудач или стремление к успеху).

Многочисленные экспериментальные исследования, проведенные нами, показали важность и перспективность совместной научной работы медиков и психологов как для практи-

ческого здравоохранения, так и для создания эффективной психокоррекционной работы с психосоматическими больными.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Боробова Е.С.

Иркутский государственный медицинский университет, НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН,
Отделение гнойной хирургии №2, Иркутск

Изучению психопатологических расстройств у больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом костей нижних конечностей до настоящего времени не уделяется должного внимания. В научной литературе имеются лишь отдельные сведения о психических нарушениях у больных, перенесших травмы нижних конечностей. Психиатры данной проблемой активно не занимались. Между тем, течение посттравматического остеомиелита чаще имеет хронический рецидивирующий характер, что предполагает проведение множества оперативных вмешательств, больные длительное время ограничены в движении, данное заболевание имеет высокий риск инвалидизации, что предполагает пролонгированный и выраженный психоэмоциональный стресс.

Обследовано 30 больных (19 мужчин и 11 женщин), находящиеся на разных этапах лечения в возрасте от 18 до 56 лет. Из них 71% были нетрудоспособными, имели 2 и 3 группы инвалидности. Среди обследованных, чаще встречались лица со средне-техническим и средне-специальным образованием (53%), меньшее было со средним и неполным высшим (40%), и высшим образованием (6,7%). В большинстве случаев травма была получена в ДТП (76%). Длительность заболевания колебалась от 1 года до 10 лет.

Исследование психического состояния больных позволило установить наличие у них психических нарушений различной степени выраженности. Преобладали явления астении, гипотимия и тревога.

В клинической картине астенических расстройств у данных пациентов преобладали повышенная психическая и физическая утомляемость (68,5%), постоянное чувство усталости (41%), соматическая гиперэстезия (39,7%), связанная с болями в травмированных конечностях, невозможность длительного умственного напряжения (34,3%), нарушения ночного сна (24%), ослабление концентрации внимания (16,2%), повышенная раздражительность и истощаемость аффектов во время общения (13,7%).

В структуре аффективных расстройств отмечалось сниженное настроение с чувством тревоги (69%), внутреннего дискомфорта (43,8%), ангедонии (32,6%). Проявления депрессии у больных с хроническим посттравматическим остеомиелитом костей нижних конечностей часто характеризовалось «астенической депрессией», либо дистимией с чувством недовольства, больные предъявляли претензии окружающим, считали, что к ним относятся недостаточно внимательно. В то же время в переживаниях больных нередко звучали идеи малоценности, бесполезности для семьи и общества, которые подчас приобретали доминирующий, а в некоторых случаях и сверхценный характер, сопровождаясь элементами суицидального фабулирования.

Среди расстройств сна чаще отмечались нарушения засыпания (47,6%), расстройства глубины и длительности ночного сна (30,1%), реже встречались сонливость днем (23%) и расстройства пробуждения (13,8%). Среди причин, обуславливающих нарушение сна, большинство больных называли боль в травмированной и прооперированной конечностях (65%) и наличие на них аппарата Илизарова (20,4%). Часто отмечались жалобы на головные боли (36,7%), учащающиеся при перемене погоды, кардиалгии (14,5%), колебание АД (11,8%), дизурические и диспептические расстройства (8,9%).

В предоперационном периоде у всех обследуемых выявлялись различные проявления тревожного реагирования в структуре расстройств адаптации. На этапе хронического течения заболевания, экспериментально-психологическое исследование (методика СМОЛ), также подтверждало высокий уровень тревоги у большинства пациентов (86,2%). Клиническая

оценка таких состояний позволяла констатировать генерализованное тревожное расстройство, в ряде случаев с коморбидными социальными и специфическими фобиями.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов с хроническим посттравматическим остеомиелитом костей нижних конечностей с высокой частотой наблюдаются психопатологические расстройства, требующие применение комплекса лечебных мероприятий, включающих коррекцию состояния пациентов методами психотерапевтического и психофармакологического воздействия.

СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Бунова С.С., Карловская Н.Н., Винжегина А.М., Нелидова А.В., Остапенко В.А.
Омская государственная медицинская академия, Омск

Цель: определить уровень ситуативной и личностной тревожности у больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями и выявить психофизиологические корреляции.

Методы исследования: под нашим наблюдением находилось 137 пациентов с артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями, из них женщин 89, мужчин 48, средний возраст пациентов составил $42,6 \pm 1,06$ лет, средняя длительность заболевания составила $9,6 \pm 0,8$ года. Диагноз артериальной гипертензии выставлялся согласно критериям ВОЗ. В исследование были включены пациенты с эссенциальной артериальной гипертензией 1 – 2 стадии, 1 – 3 групп риска в сочетании с метаболическими нарушениями. Пациентам, включенным в исследование, препараты психотропного действия до и в период тестирования не назначались. Обследование пациентов проводили в условиях отделения артериальной гипертензии Городского клинического кардиологического диспансера города Омска. Для изучения тревожности использовалась методика определения уровня ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга (адаптирована Ю.Л. Ханиным), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (по Zigmond A., Snaith R.). Клиническое исследование включало: сбор анамнеза, антропометрию (измерение роста, веса с вычислением индекса массы тела, обхвата окружности талии и бедер с определением индекса талия/бедро), определение уровня холестерина.

Полученные результаты: исследование показало, что у 100% больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями определяется повышенный уровень тревожности, при чем, как ситуативной, так и личностной. В исследуемой группе 26,1% пациентов имели умеренную личностную тревожность, 73,9% высокую. 31,6% исследуемых больных имели умеренную ситуативную тревожность, 68,4% высокую. Результаты исследования с помощью методики Спилберга значимо коррелируют с аналогичными показателями по Госпитальной шкале тревоги и депрессии ($r_s = 0,6$, $p \leq 0,001$). В результате анализа полученных данных не было выявлено корреляции между уровнем личностной тревожности и такими показателями как: индекс массы тела, индекс талия/бедро, длительность артериальной гипертензии, стаж ожирения и уровнем общего холестерина. В процессе изучения ситуативной тревожности были обнаружены следующие особенности – отсутствие корреляционной связи между индексом массы тела и уровнем ситуативной тревожности у пациентов, имеющих индекс массы тела свыше 25. Однако, у пациентов с индексом массы тела от 19 до 25 выявлена корреляционная связь средней силы между уровнем ситуативной тревожности и индексом массы тела ($r_s = 0,5$, $p \leq 0,005$.)

Заключение: Пациенты с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическими нарушениями обладают высоким уровнем тревожности (как личностной, так и ситуативной). Ситуативная тревожность обнаруживает зависимость от индекса массы при показателях последнего менее 25.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ «МЕКСИДОЛОМ» БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Верлан Н.В., Яворская Е.Н., Бараховская Т.В.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Хронические цереброваскулярные расстройства занимают одно из ведущих мест среди неврологической патологии. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) - основная клиническая форма этих страданий. Наиболее частые причины возникновения ДЭ - церебральный атеросклероз, артериальная гипертония и их сочетание, особенно у лиц старших возрастных групп. У данных больных для лечения целесообразно применять лекарства с многофокусным действием, учитывая частый полиморбидный фон. В последнее время возрос интерес к отечественному препарату «Мексидолу». «Мексидол» имеет широкий спектр фармакологической активности: является антигипоксическим, ноотропным и анксиолитическим препаратом, ингибирующим свободнорадикальные процессы окисления липидов, повышает резистентность организма к воздействию разных повреждающих факторов.

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата «Мексидол» при ДЭ атеросклеротического и гипертонического генеза.

Методы исследования: у больных пожилого и старческого возраста с ДЭ I-II степени (18 человек) проводилась оценка клинического состояния, переносимость и эффективность действия препарата «Мексидол», мозговая гемодинамика изучалась по данным РЭГ.

Обследование и лечение больных проводилось в условиях стационара в течение 3 недель. «Мексидол» вводили внутривенно капельно по 200 мг в 100 мл изотонического раствора в течение 10 дней, затем по 2 мл внутримышечно в течение недели.

Результаты исследования. Основными клиническими проявлениями ДЭ I- II степени были головная боль, головокружение, снижение памяти и внимания, повышенная утомляемость, слабость. До начала лечения у пациентов отмечались увеличение сосудистого сопротивления и затруднение венозного оттока.

Действие препарата проявлялось уже через неделю терапии и заключалось в уменьшении жалоб на головные боли, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Уменьшался шум в голове, реже появлялось чувство слабости. Мексидол оказывал положительное влияние на память. По данным РЭГ увеличивалось кровенаполнение в системе мозговых артерий и регистрировалась нормализация тонуса вен.

Наблюдение за пациентами показало, что «Мексидол» хорошо переносится пациентами. Не было выявлено побочных эффектов, не отмечено нежелательных взаимодействий с другими препаратами.

Таким образом, «Мексидол» является эффективным и безопасным препаратом при лечении хронической церебральной ишемии у лиц пожилого и старческого возраста.

РОЛЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ИСХОДАХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Говорин А.В., Горбунов В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель исследования. Изучение изменений variability ритма сердца у больных с различными исходами нестабильной стенокардии на стационарном этапе, с учётом наличия тревожно-депрессивных нарушений.

Материал и методы. В исследование было включено 106 больных поступивших в стационар с клиникой нестабильной стенокардии, большинство из которых (88,5%) соответствовали критериям «острой» нестабильной стенокардией по классификации E. Braunwald. Всем пациентам в стандартных условиях по коротким участкам записи ЭКГ (300R-R) проводили анализ основных спектральных показателей variability ритма сердца: LF, VLF, HF – мощность спектра в диапазонах низких, очень низких и высоких частот, кроме того, оцени-

валась общая мощность колебаний интервалов R-R (Tp) и показатель баланса симпатической и парасимпатической активности (LF/HF). Контрольную группу составили больные (23 человека) со стабильной стенокардией 2-3 ф.кл. без психопатологических расстройств.

Исследование психического состояния проводили при помощи расспроса пациента и клинико-психопатологических методов обследования. Выраженность симптоматики определялась при психометрическом тестировании с использованием шкалы Hamilton для оценки тяжести депрессии и теста Спилбергера –Ханина на определение уровня личностной и ситуационной тревожности.

Результаты. Установлено, что при нестабильной стенокардии у 68,8% больных регистрируются депрессивные расстройства различной степени тяжести: лёгкая степень тяжести – 34,9%, умеренная – 22,6% и тяжёлая – 11,3%. У пациентов с тяжелой и умеренной депрессией отмечено достоверное повышение уровня личностной и ситуационной тревожности.

У пациентов с нестабильной стенокардией наблюдается ослабление тонуса вегетативного обеспечения сердечного ритма, что проявляется снижением абсолютных значений всех составляющих variability ритма сердца. Неблагоприятный исход нестабильной стенокардии на стационарном этапе (нефатальный, фатальный инфаркт миокарда, внезапная смерть), наиболее низкие спектральные показатели и максимальный уровень симпатических влияний (по коэффициенту LF/HF) чаще выявляются у пациентов с тревожно-депрессивными нарушениями. Выраженность депрессивных расстройств имеет обратную корреляционную связь средней силы со степенью снижения Tp, HF, VLF компонентов ($r=-0,57$; $r=-0,48$; $r=-0,43$ соответственно) и сильную с LF составляющей ($r=-0,72$).

Вывод. Таким образом, аффективные нарушения довольно часто встречаются у больных нестабильной стенокардией и имеют важное значение в развитии неблагоприятных исходов данного заболевания, а также в снижении уровня вегетативной регуляции сердечного ритма и увеличении симпатических влияний.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Горайнов А. А.

Балтийский военный госпиталь, Россия

Артериальная гипертония (АГ) относится к числу психосоматических заболеваний, на этапе становления которых, особенно у лиц молодого возраста, значительная роль принадлежит психологическим нарушениям и дисфункции вегетативной нервной системы.

Целью настоящего исследования стало изучение некоторых характеристик психовегетативного синдрома в организованной выборке военнослужащих Российской армии молодого возраста.

Материалы и методы исследования. В условиях кардиологического отделения военного госпиталя обследованы военнослужащие в возрасте до 30 лет. Первую группу составили 53 больных с АГ, вторую - 23 здоровых мужчин. Всем пациентам было проведено полное клинико-лабораторное обследование с целью уточнения характера АГ. Психологическое исследование осуществлялось с помощью следующих методик: стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), индивидуального типологического опросника (ИТО), теста диагностики межличностных отношений (ДМО), теста самочувствие, активность, настроение (САН), Торонтской алекситимической шкалы (ТАШ), теста Бека, Гиссенской шкалы соматических жалоб, опросника Вейна, теста Спилбергера-Ханина, теста Холмса-Рея. Использовалась формализованная система диагностики психических расстройств. Вегетативный тонус изучался методом анализа variability сердечного ритма. Полученные результаты обрабатывались при помощи пакета программ Statistica 6.0 («StatSoft, Inc.», США).

Результаты. По данным теста СМИЛ молодые военнослужащие с АГ имели статистически значимое по сравнению с контрольной группой повышение профиля по шкалам невротической триады (1- невротического сверхконтроля, 2 - пессимистичности, 3 - эмоциональной лабильности), шкале 7 (тревожности), 8 (индивидуалистичности) и 0 (социальной интро-

версии). Тесты ИТО, ДМО выявили преобладание интроверсии и тревожности, снижение спонтанности, "покорно-застенчивого типа межличностных отношений" у пациентов с АГ. У них была более низкая самооценка самочувствия, активности и настроения. По данным ТАШ и теста Бека лица с АГ имели повышенное значение по шкале алекситимии и несколько сниженное настроение, не достигающее уровня субдепрессии. Результаты тест Вейна и Гиссенского опросника соматических жалоб свидетельствовали о большей выраженности вегетативных нарушений, полисистемном характере имеющихся расстройств у больных АГ. Тест Спилбергера-Ханина продемонстрировал особую роль личностной и, в меньшей степени, реактивной тревожности в патогенезе АГ у военнослужащих молодого возраста. При этом значения теста Холмса-Рея в исследуемых группах не отличались, то есть количество стрессогенных ситуаций было примерно одинаковым. У 36 пациентов с АГ (67,9%) и 1 человека из контрольной группы (4,3%) были диагностированы психические нарушения невротического регистра (МКБ - 10, рубрика F).

По данным анализа ВРС у больных АГ в положении лежа регистрируются более низкие значения SDNN, RMSSD, pNN50, HF (абсолютные значения) по сравнению со здоровыми пациентами - на 11, 27, 55 и 50% соответственно ($p < 0,05-0,01$). Зафиксировано повышение уровня %VLF в 1,6 раза ($p < 0,01$) и понижение уровня %HF в 1,3 раза ($p < 0,05$) в группе АГ по отношению к здоровым. Ни абсолютные, ни относительные значения колебаний в LF-диапазоне в изучаемых группах не отличались ($p > 0,05$).

Предпринята попытка вычисления точек разделения наиболее значимых показателей ВРС (pNN50, RMSSD, %HF, W, %VLF) для дифференцированного разделения здоровых от пациентов с нарушенной функцией сердечного ритма при дизрегуляторной патологии (Табл. 1).

Таблица 1. Ориентировочные критерии для скрининговой диагностики нарушений вегетативной регуляции у лиц молодого возраста

Показатель	Точка разделения	Чувствительность, %	Специфичность, %	Положительное предсказательное значение, %	Отрицательное предсказательное значение, %
pNN50, %	< 25	71 (56-83)	83 (61-95)	32	96
RMSSD, мс	< 40	52 (37-67)	78 (61-95)	25	94
%HF	< 30	33 (20-48)	78 (56-93)	14	91
W, мс	< 80	46 (33-63)	78 (56-93)	19	93
%VLF	> 30	54 (39-69)	74 (52-90)	19	94

В скобочках указан 95%-й доверительный интервал

Выводы. 1. На этапе становления АГ у военнослужащих в возрасте до 30 лет часто является психовегетативный синдром.

2. В психологическом портрете военнослужащих с АГ молодого возраста наблюдаются следующие черты: невротический сверхконтроль, пессимистичность, эмоциональная лабильность, индивидуалистичность, социальная интроверсия, тревожность, снижение самочувствия, настроения, активности, алекситимия, покорно-застенчивый тип отношений в коллективе.

3. Основная особенность изменения вегетативной регуляции сердечной деятельности на ранних этапах развития АГ – снижение активности парасимпатической нервной системы, возрастание «гуморально-метаболических» воздействий на ритм сердца.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОГЕННЫХ ВЛИЯНИЙ В ИНИЦИАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ, В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ И ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Дашинамжилова В.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Целью данной работы было уточнение значения психогенных влияний, в т.ч. их интенсивности и модальности, в инициации пароксизмальной тревоги в структуре коморбидных соматоформных и панических состояний.

Объектом клинико-психопатологического исследования являлись 60 больных, из них 38 женщин и 22 мужчины, с сочетанным проявлением в клинической картине, на всем протяжении или отдельных этапах заболевания, соматоформной симптоматики и пароксизмальной (панической) тревоги.

В зависимости от этапа появления в клинической картине панических состояний, было выделено 2 группы больных: 1. с «поздним» появлением панических состояний на этапе развернутого заболевания (41 человек, 68 %); 2. с «ранним», острым манифестом панического симптомокомплекса и последующим присоединением соматоформных расстройств в течение заболевания (19 человек, 32 %).

В первой группе (41 человек, мужчин-10, женщин -31) на доманифестном этапе появление соматоформной симптоматики, как правило, наблюдалось на фоне хронических, нередко сочетанных психотравмирующих ситуаций, содержанием которых, у лиц женского пола, являлась длительная болезнь родных, алкоголизм супруга, затянувшаяся конфликтная ситуация в семье. Среди мужчин преобладали конфликты общественных отношений.

Появление пароксизмальной тревоги совпадало с дополнительным влиянием психотравмирующих событий у 27 человек (63%). Патогенное значение имели субъективно значимые переживания, имеющие тематическую связь с предшествующими хроническими психотравмирующими воздействиями (23 случая, 56%). Лишь в 6 наблюдениях (15%) панические, субпанические состояния возникли после острой психогении: смерть близкого родственника (4 случая), неожиданного имущественного краха (2 случая). Не установлено каких-либо психогенных влияний, предшествующих появлению в клинической картине панических состояний в 14 наблюдениях (34%).

Вторая группа больных (19 человек, мужчин-12, женщин-7) характеризовалась отсутствием очерченного доманифестного этапа в клинической картине. В большинстве случаев (13 человек, 68 %) заболевание манифестировало спонтанной панической атакой, которой в 11 случаях (18%) предшествовало длительное, но субъективно «неинтенсивное» тревожное напряжение, не связанное с каким либо психогенным влиянием. Соматоформные симптомы с начала заболевания сопутствовали симптоматике тревожного спектра. При их утяжелении или расширении, в последующем развитии заболевания, также не было выявлено сопутствующих психических травмирующих факторов. В остальных 6 случаях, острая манифестация заболевания была сопряжена с влиянием сочетанных, «накопившихся» психогенных влияний. Доминировали кратковременные, но резко затрагивающие личность в силу индивидуальной значимости травмирующие воздействия, непосредственно предшествующие манифесту: смерть близкого родственника и внезапная тяжелая болезнь родственников (по 2 наблюдения), либо банкротство и измена супруга (по 1 наблюдению)

В обеих выделенных группах, среди пациентов у которых появлению первого приступа паники предшествовала какая-либо психотравмирующая ситуация, последующее развитие приступов связать с психогенными влияниями было затруднительно. Таким образом, при формировании коморбидных соматоформных и панических расстройств психотравмирующие воздействия имеют значение в инициации паники, выполняя роль своеобразного «триггера», однако в дальнейшем течение заболевания такая связь становится неочевидной.

ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ ПО ДАННЫМ ТОРЗ В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ И ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Дашинамжилова В.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Целью данной работы было изучение особенностей проявления психической ригидности у больных с сочетанным проявлением в клинической картине соматоформной симптоматики и пароксизмальной (панической тревоги) на этапе стабилизации клинических проявлений заболевания. Изучение осуществлялось клиническим методом с использованием Томского опросника ригидности Г.В. Залевского.

Объектом исследования являлись 70 больных, из них 42 женщины (60%) и 28 мужчин (40%) с сочетанным проявлением в клинической картине, на всем протяжении или отдельных этапах заболевания, соматоформной симптоматики и пароксизмальной (панической) тревоги. Средний возраст пациентов: 36,2±5,6 года для мужчин и 41,5±7,4 для женщин. На момент обследования длительность совместных проявлений соматоформной и тревожной симптоматики составляла 8,3 ± 3,2 года.

В соответствии с параметрами интенсивности, по шкале СКР (симптомокомплекс ригидности) 44 пациента были отнесены к группе высокоригидных (63%), показатели в среднем составили 151,3±25,8 баллов, умеренноригидных – 22 пациента (37%), 114,3±9,7 баллов, 4 больных определены чрезмерноригидными (5,6%) – 194,6±6,4 баллов, низкоригидных больных по данной шкале не выявлено. По субшкале «актуальной ригидности» (АР), характеризующей ригидность в собственном или узком смысле, выявлены высокие показатели у 38 человек (54%) – 44,7±5,7 баллов, у 28 больных (40%) выявлена умеренная психическая ригидность – 31,3±5,6 баллов, в 4 случаях определена чрезмерная психическая ригидность (6%) – 59,5±4,5 балла, низкоригидных пациентов по шкале «актуальной ригидности» выявлено не было. По шкале «сенситивной ригидности» (СР) также преобладали больные с высоким уровнем проявления психической ригидности – 34 (49%), значения показателей в среднем составили 48,5±7,8 баллов, с умеренным проявлением психической ригидности по данной шкале выявлено 28 человек (40%) – 29,7±8,2 баллов, чрезмерноригидных выявлено 8 человек (11,4%) – 65,3±6,4 баллов, больных с низкой степенью проявления психической ригидности по шкале СР не выявлено. По шкале «установочной ригидности» (УР) не выявлены пациенты с чрезмерной степенью проявления психической ригидности, высокие показатели определены у 1 человека (1,4%) 51 балл, у 11 человек выявлена низкая степень проявления психической ригидности (15,7%) – 14,1±2,5 балла. У подавляющего большинства больных по шкале УР наблюдалась умеренная степень проявления психической ригидности – 58 человек (83%) – 25,7±6,5. По шкале «преморбидной ригидности» (ПМР) не выявлено чрезмерной степени проявления (ПР), высокая степень проявления (ПР) – в 18 случаях (25,7%), 47,3±5,6 баллов, умеренное проявление (ПР) – у 46 больных (65,7%), 31,7±8,2 баллов, низкое – у 6 (8,6%), 16,4±3,2 баллов. По шкале «ригидности как состояние» (РСО) в 38 случаях (54%) выявлена чрезмерная степень (ПР), 21,2±2,8, высокая степень проявления психической ригидности у 24 больных (34%) – 15,8±2,5 балла, умеренная степень (ПР) выявлена у 8 человек (11,4%) – 9,8±2,2, низкой степени проявления (ПР) по данной шкале не было выявлено.

Таким образом пациенты исследуемой группы обнаружили «большую» психическую ригидность уже в преморбиде в 18 случаях (26%), что указывает на ее предрасполагающую роль к заболеванию и на ее прогностически неблагоприятное влияние на динамику развития заболевания. При сравнении уровня (ПР) в актуальном состоянии больных (шкала АР) и в преморбиде, (ПР) была выше в актуальном состоянии (на момент обследования) во всех случаях. Чрезмерно высокие, высокие показатели (ПР) по шкале РСО у подавляющего большинства больных (89%) свидетельствуют о том, что в состоянии страха, плохого настроения, утомления, стресса и т.п., они в высокой степени склонны к ригидному, фиксированному поведению. С учетом экстенсивностных показателей в 28 случаях (40%) охват «зон поражения» (ПР) почти тотальный с высокой глубиной.

ВЕРОЯТНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОГО ЦЕНТРА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Зобнин Ю.В., Любимов Б.М., Малых А.Ф., Провадо И.П., Третьяков А.Б.

Иркутский государственный университет, Центр острых отравлений, Иркутск

Цель. Пациенты с преднамеренными отравлениями, совершенными с целью самоубийства (суицидальными отравлениями), составляют значительную часть больных, госпитализируемых в токсикологические центры. Целью исследования явилось выявление факторов, вероятно, способствовавших суицидальным действиям, приведшим к острому химическому отравлению.

Методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских документов (карта стационарного больного), 4420 пациентов Иркутского центра острых отравлений (отделения острых отравлений МУЗ «МСЧ ИАПО»), находившихся на лечении в период с 1.02.1999 по 31.12.2005. Во внимание принимались только те случаи, когда пациенты признавались в желании покончить жизнь самоубийством.

Результаты. Среди пациентов, совершивших суицидальные действия, было больше женщин (80,9%), а также лиц в возрасте от 17 до 29 лет (53,2%). Среди отравляющих веществ, избранных для суицидальных действий, преобладали лекарственные средства (79,2%) и прижигающие яды (16,7%), отмечено использование наркотических веществ, суррогатов алкоголя, выхлопных газов и др.

Большую часть (40,7%) составляли суицидальные попытки, сопровождавшиеся аффективным состоянием на фоне межличностных конфликтов или «приуроченные» к годовщинам каких-либо трагических событий. В значительной доле (30,8%) случаев суицидальные действия носили демонстративный характер с преимущественной целью привлечения внимания. Истинные суициды составили 28,5%. Большинство (62,1%) пациентов не имели сколько-нибудь определенного плана суицидальных действий, совершенных, чаще всего, на фоне алкогольного опьянения. Обдумывали длительное время свои действия, консультировались по поводу ядовитости тех или иных веществ, в том числе и в сети Интернет, целенаправленно приобретали токсические вещества, оставляли обстоятельные распоряжения (предсмертные записки и пр.) до трети пациентов. Признаки психосоматических расстройств выявлены у 21,2% пациентов. Симптомы длительного депрессивного состояния обнаружены у 34% пациентов. Проходили предшествующее лечение у неврологов, психотерапевтов, психиатров 54% лиц, совершивших суицидальные действия, в том числе вскоре после проведенного стационарного лечения психических заболеваний. Страдали диагностированным психическим заболеванием 45%. Злоупотребляли алкоголем и употребляли наркотики 67% больных. Имели указания в анамнезе жизни на совершенные ранее суицидальные действия до 63% пациентов. Пытались вскрыть вены или имели множественные поперечные насечки или рубцы на передней поверхности предплечья 55% пациентов. Имели родственников, совершивших суицидальные действия, в том числе умерших в отделении, до 8,3% пациентов. Групповые (с участием двух-трех человек, в том числе родственников или «подруг») суицидальные действия совершили 1,6% пациентов. Имели длительные психотравмы 56%, тяжелую соматическую патологию (онкологические и др. заболевания) - 27,3% пациентов.

Заключение. Факторы суицидальных действий, приводящих к острым отравлениям неоднородны. Профилактические, коррекционные социальные и другие мероприятия могут быть дифференцированно проведены по каждой группе причин.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Калягин А.Н.

Иркутский государственный медицинский университет,

Клиническая больница №1 г. Иркутска.

Актуальность работы. Наиболее распространёнными психологическими типами отношения к болезни при ревматоидном артрите (РА) являются гармоничный, невзрастиче-

ский и ипохондрический, которые встречаются у более чем 40% больных. Инвалидность наиболее часто встречается в группах больных с эгоцентрическим (50%), неврастеническим (33%) и ипохондрическим (33%) типами [Сорока Н.Ф., Ягур В.Е., 2000]. Известно, что 60% больных имеют клинически проявленную депрессию, а 40% даже нуждаются в назначении специфической антидепрессантной терапии [Яльцева Н.В., Коршунов Н.И., 2001]. В современной литературе не уточняется очень важный аспект: нарастает ли выраженность тревоги и депрессии со стадией заболевания или степенью функциональных нарушений.

Целью нашего исследования стало изучение связи тревоги и депрессии со степенью функциональных нарушений у больных РА.

Материалы и методы. Обследован 41 больной достоверным РА (ARA, 1982). Каждому больному определялась рентгенологическая стадия по традиционной методике. Оценка состояния проводилась на фоне лечения (базисные препараты и НПВП): функциональной недостаточности (ФН) по шкале НАQ, выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS. Статистическая обработка проводилась с использованием корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты. Средний возраст обследованных составил 53,7 г., длительность заболевания в среднем 10,4 г., преобладали лица со II-III стадиями РА – 76%.

При множественном корреляционном анализе обнаружены прямые зависимости средней силы между стадией РА и ФН ($r=0,39$), ФН и тревогой ($r=0,46$), ФН и депрессией ($r=0,43$), депрессией и тревогой ($r=0,47$).

Выраженность депрессии составила $9,3 \pm 0,4$ балла, что входит в группу субклинической депрессии. На этой стадии заболевания возможно проведения психотерапевтической коррекции, основным подходом в проведении которой является тесное общение с врачом и обсуждение проблем с другими пациентами этого профиля. Клинически проявленная депрессия выявлена у 31,5%, она требует уже медикаментозной коррекции.

Оценка тревоги составила $9,8 \pm 0,6$ балла, что также соответствует субклинической степени. Среди больных с клинически выраженной тревогой (42%) отмечены явления психологической защиты – несогласие с диагнозом РА на начальных стадиях заболевания, отказ от предлагаемого лечения в дальнейшем.

Выводы. Для оценки качества жизни больных РА можно использовать шкалы функциональных нарушений, выраженности тревоги и депрессии. Имеется прямая зависимость между стадией РА и ФН, степенью ФН и выраженностью тревоги и депрессии. Учёт проявленности тревожно-депрессивных тенденций в психологическом статусе больных РА позволит проводить своевременную коррекцию и тем самым позитивно будет влиять на качество их жизни.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Козлова Н.М., Тюрюмин Я.Л., Галеев Ю.М., Попов М.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Ранее нами было предположено, что формирование хронического внутрипузырного холестаза (формирование “литогенной” пузырной желчи) и хронического “мягкого” внутрипеченочного холестаза (секреция “литогенной” печеночной желчи) на ранних этапах желчно-каменной болезни способствует формированию желчных камней.

Цель: изучить динамику функциональных изменений в печени и желчном пузыре (ЖП) у больных с заболеваниями желчевыводящих путей по данным динамической сцинтиграфии.

Материалы и методы: Было обследовано 79 больных с заболеваниями желчевыводящей системы (средний возраст: $56,7 \pm 3,4$; 26М/53Ж): 14 – с дисфункцией желчного пузыря (ДЖП), 40 – с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), 15 – с хроническим калькулезным холециститом в стадии обострения (ХКХ), 10 больных – после холецистэктомии (после ХЭ) и 11 практически здоровых людей (контроль – средний возраст: $50,9 \pm 2,8$; 3М/8Ж). Динамическую сцинтиграфию печени и желчевыводящих путей проводили с “Бромезида, ^{99m}Tc ”. Рассчитывали следующие показатели: Т-макс. печени, $T_{1/2}$ печени, Т-нач.

ЖП, Т-макс. ЖП, $T_{1/2}$ ЖП, объем сокращения ЖП – в процентах. Достоверность различий определяли по критерию Манна-Уитни по сравнению с контрольной группой.

Результаты: Оценка поглотительной функции печени показала, что Т-макс. печени увеличено у больных: с ДЖП – до 12.5 мин ($p<0.03$), с ХНХ – до 15 мин ($p<0.0005$), с ХКХ до 12 мин ($p<0.03$), у больных после ХЭ – до 19 мин ($p<0.005$) по сравнению с контролем. Отмечено устойчивое снижение выделительной функции печени ($T_{1/2}$ печени) у больных с ДЖП – до 42 мин ($p<0.01$), с ХНХ – до 36 мин ($p<0.01$), с ХКХ – до 48 мин ($p<0.0005$), у пациентов после ХЭ – до 50 мин ($p<0.02$) по сравнению с контролем. Оценка накопительной функции желчного пузыря выявила, что Т-нач. ЖП увеличено у больных с ДЖП – до 21 мин ($p<0.005$), с ХНХ – до 21 мин ($p<0.005$) и с ХКХ – до 18 мин ($p<0.01$), по сравнению с контролем. Т-макс. ЖП повышено у больных с ДЖП – до 35.5 мин ($p<0.05$), с ХНХ – до 29 мин ($p<0.05$), с ХКХ – до 31 мин ($p<0.02$), по сравнению с контролем. Исследование выделительной функции ЖП выявило увеличение $T_{1/2}$ ЖП в группах больных с ДЖП – до 66 мин ($p<0.03$), с ХНХ – до 65 мин ($p<0.03$), с ХКХ – до 60 мин ($p<0.005$), по сравнению с контролем, и снижение эвакуаторной функции в этих группах: до 38% ($p<0.01$), до 32% ($p<0.0002$) и до 40% ($p<0.003$), соответственно.

Выводы. 1. Нарушение поглотительно-выделительной функции печени свидетельствует о наличии хронического «мягкого» внутрипеченочного холестаза у больных с ДЖП и ХНХ; 2. Нарушение накопительно-выделительной функции ЖП свидетельствует о наличии хронического «мягкого» внутрипузырного холестаза у больных с ДЖП и ХНХ; 3. Эти два основных фактора способствуют формированию желчных камней в желчном пузыре; 4. У больных после ХЭ сохраняется наличие хронического «мягкого» внутрипеченочного холестаза.

О МЕТОДАХ АНАЛИЗА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск.

Кратковременные выраженные колебания настроения, вегетативных симптомов, артериального давления (АД) при гипертонической болезни (ГБ) ухудшают качество жизни и могут привести к угрожающим осложнениям со стороны органов-мишеней: острым нарушениям мозгового кровообращения, сердечной астме, отеку легкого, формированию эпизодов аритмии и ишемии миокарда.

Цель. Сравнение различных методов анализа и краткосрочного прогнозирования психосоматической динамики у больных гипертонической болезнью при многодневных наблюдениях.

Материал и методы. Проводилось нерандомизированное обсервационное исследование серий случаев во времени. Обследовано 42 больных гипертонической болезнью (1-3 стадии по ВНОК (2004)). Средний возраст в группе $47,2 \pm 11,3$ года. Мужчин было 29, женщин 13. Обследование проводилось ежедневно в фиксированное время 2 раза в сутки. Среднее время ежедневного наблюдения одного пациента составило $15,5 \pm 6,8$ суток. Суммарное время наблюдения за всеми пациентами составило 634 дня (1 год 10 месяцев). Изучалась динамика от дня ко дню приростов АД, вариабельности сердечного ритма, шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкалы тревоги Кови (Covi), шкалы боли и самооценки. Использовался математический аппарат: частотный, корреляционный, регрессионный, дискриминантный анализ, непараметрическая кластеризация в сочетании с анализом цепей Маркова, искусственные нейронные сети (пакет программ NeuroShell 2 v. 4.0; Ward Systems Group, Inc. США).

Результаты. Выделены основные типы междусуточных приростов шкалы боли, тревоги, депрессии, локального воспаления. Показан преимущественно асинхронный характер приростов перечисленных синдромов от дня ко дню, дан вероятностный прогноз частоты их чередования. Обученная искусственная нейронная сеть, используя данные междусуточных

приростов клинических шкал и АД, показала вполне удовлетворительные результаты прогнозирования прироста максимального систолического АД покоя на 1 сутки вперед на экзаменационных данных. Коэффициент множественной детерминации нейросетевой модели - 0,89. Коэффициент корреляции между реальными и спрогнозированными данными 0,95.

Выводы. Повышения АД включены в периоды нестационарного состояния многих физиологических систем. Лучшие результаты в прогнозировании прироста систолического АД покоя на 1 сутки вперед показала искусственная нейронная сеть с общей регрессией. Полученные данные позволяют говорить о достаточно тесных комплексных нелинейных связях прироста максимального систолического давления покоя в анализируемые сутки с динамикой неспецифической клинической симптоматики в предшествующие 2 дня в виде миофасциальных болей, симптомов подавленности, тревоги, нарушений сна, вегетативных дисфункций.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ларёва Н.В., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Целью работы было изучение влияния тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) на функцию эндотелия у женщин в постменопаузе.

Методы исследования: общеклиническое обследование, оценка модифицированного менопаузального индекса, оценка выраженности депрессии по шкале Hamilton, личностной и ситуативной тревожности – по шкале Спилбергера-Ханина, определение количества десквамированных эндотелиоцитов в крови по методу Hladovec, исследование метаболитов оксида азота в сыворотке крови, ультразвуковая доплерография плечевой артерии, проведение пробы с реактивной гиперемией для оценки эндотелийзависимой вазодилатации.

Результаты: в исследование включено 203 женщины, у 61 из которых менопауза была естественной, а 142 пациентки перенесли различные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы с развитием хирургической менопаузы. В контрольную группу вошли 35 здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией. Средний возраст больных составил $41,2 \pm 6,4$ лет, длительность менопаузы от 9 месяцев до 12 лет. ТДР выявлены у 82,8% пациенток: легкая депрессия у 40,4%, умеренная – у 37% и тяжелая у 5,4% больных. Установлено, что у женщин с естественной менопаузой чаще формируются умеренно-выраженные и тяжелые ТДР (59% против 29,5% в группе пациенток с хирургическим климаксом), тогда как у пациенток, перенесших овариэктомию, чаще выявлялись ТДР легкой степени выраженности (45,1% против 29,5% у женщин в состоянии естественной менопаузы). У женщин в постменопаузе выявлено снижение нитроксидпродуцирующей функции эндотелия по сравнению с контрольной группой, причем степень снижения зависела от тяжести ТДР: количество нитритов в сыворотке крови у женщин с легкими ТДР было на 18,6% ниже, а у пациенток с умеренными и тяжелыми ТДР – на 25,6% ниже, чем у здоровых лиц; различия между группами больных статистически значимы ($P=0,012$). Количество десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови у женщин в постменопаузе было увеличено в 2,1 раза по сравнению со здоровыми ($P=0,001$), однако достоверных различий между группами в зависимости от тяжести ТДР не выявлено. Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия при проведении пробы с реактивной гиперемией рассчитывался коэффициент чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелии, характеризующий ее способность к вазодилатации. Этот коэффициент у женщин в постменопаузе без ТДР достоверно не отличался от контрольной группы ($0,19 \pm 0,06$ и $0,29 \pm 0,13$, соответственно), тогда как у пациенток с легкими ТДР он составил $-0,04 \pm 0,02$, а у больных с умеренно-выраженными и тяжелыми ТДР – $-1,04 \pm 0,2$ условных единиц (различия между группами в зависимости от тяжести депрессии статистически значимы, $P=0,002$).

Заключение. Таким образом, у большинства женщин с хирургической менопаузой выявлены тревожно-депрессивные расстройства, причем тяжесть депрессии зависит от типа менопаузы. Кроме того, в группе больных выявлены признаки дисфункции эндотелия. Обна-

ружено, что степень нарушения эндотелиальной функции находится во взаимосвязи с тяжестью аффективных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИНТОВ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Михайлова Е.С., Кулик И.В.

Кафедра ортопедической стоматологии, кафедра терапевтической стоматологии №2 Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербург

Синдром жжения полости рта (СЖПР) является одним из наиболее распространенных нейростоматологических заболеваний, в развитии которого имеют значение различные местные общие и факторы. Часто симптомы СЖПР появляются или усиливаются после проведенного ортопедического лечения. У многих пациентов страдание протекает на фоне психоэмоционального стресса, функциональных нарушений нервной системы.

Целью исследования является выявление особенностей психоэмоционального статуса больных с ортопедическими конструкциями, страдающих СЖПР.

Под нашим наблюдением находилось 1012 пациентов (934 женщины и 78 мужчин) с СЖПР, возникшим или усилившимся после протезирования. Возраст обследованных лиц варьировал от 26 до 82 лет.

Для изучения психоэмоционального статуса пациентов был применен комплекс психодиагностических методик: 1. опросник депрессии Бека; 2. многошкальная феноменологическая методика оценки текущего психического состояния SMS (Б.С. Фролов); 3. шкала личностной тревожности Спилберга-Ханина; 4. Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS); 5. Тест Люшера; 6. Методика САН; 7. методика «субъективное время». Психологические методики позволили получить характеристику личностного статуса пациентов, оценить личностную тревожность, высокий уровень которой прямо коррелирует с наличием невротического конфликта и психосоматическими заболеваниями, являясь неблагоприятным прогностическим признаком возможности возникновения или наличия скрытой депрессии.

В результате обследования **выявлено:**

У 607 пациентов по результатам тестирования имеется клинически значимый уровень депрессии. У 910 пациентов выявлен высокий уровень личностной тревожности, 823 продемонстрировали высокий уровень алекситимии. По данным методики SMS группа характеризуется повышением значений по шкалам: невротичности (шкала актуальных проблемных переживаний, повышенной чувствительности, сензитивности), депрессии, тревоги, параноидности (шкала текущей погруженности в свои переживания со сниженной к ним критичностью).

Интегральный показатель, полученный обобщением результатов обследования методиками №№ 3, 5, 6, 7 свидетельствует о неблагоприятном нервно-психическом состоянии всех пациентов.

Таким образом, при оказании стоматологической помощи необходимо учитывать психоэмоциональный статус пациентов. Специфика СЖПР, сохраняющегося даже при проведенном качественном протезировании и отсутствии зафиксированных реальных стоматологических проблем, при отсутствии видимых органических изменений в полости рта, угнетает психику больного, в поведении которого проявляются настороженность, мнительность. В оказании специализированной медико-психологической и психоневрологической помощи, согласно результатам проведенного исследования, нуждается до 60% пациентов с СЖПР.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Пихур О.Л., Гончаренко Е.Т.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Течение патологических и адаптационных процессов в полости рта у лиц пожилого и старческого возраста, отягощенных наличием психосоматических расстройств и особенно их сочетанием – коморбидностью, в настоящее время остаются недостаточно изученными. Это обстоятельство делает проблему прогнозирования эффективности стоматологического лечения данной группы пациентов особенно актуальной.

Материал и методы исследования. Обследовано 562 пациента в возрасте от 45 до 85 лет. Согласно классификации ВОЗ, исследуемый контингент разделен на группы в зависимости от возраста: 45-59 лет (группа сравнения) – 211 человек; 60-74 года – 223 человека; старше 75 лет – 128 человек.

Обследование органов полости рта позволило определить состояние твердых тканей зубов, зубных рядов, прикуса, пародонта и слизистой оболочки полости рта пациентов. Изучение анамнеза больных, амбулаторных карт, лабораторных данных и консультативных заключений специалистов позволило установить основные психосоматические патологии обследованных лиц.

Из всех индексных показателей наиболее доступным для целей амбулаторного ведения стоматологических пациентов нам представился индекс СИФС (суммарный индекс физического состояния) [А.П. Берсенева 1986, 1991]. Для анализа сочетаний различных патологий у одного пациента использовались показатели коморбидности – абсолютное число заболеваний у одного человека, а также кумулятивный рейтинговый показатель заболеваний у гериатрических больных - Cumulative Illness Rating Scale for Geriatric Patients CIRS(G), предложенный Miller M.D. et al. (1991).

Результаты и их обсуждение. Полученные данные позволяют отметить, среднее количество психосоматических расстройств на одного больного в возрасте 60–74 лет составляло $8,11 \pm 0,26$, старше 75 лет – $8,99 \pm 0,19$. Наиболее часто встречалось сочетание заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной системы.

С помощью многофакторного регрессионного анализа определены профили предсказания достоверности и желательности различных уровней показателей СИФС и CIRS(G). Большинство наиболее значимых анализируемых стоматологических характеристик имеют жесткую градацию показателя СИФС на три уровня: до 2,41 баллов; от 2,42 до 4,48 баллов; от 4,49 баллов и выше. По показателю CIRS(G) аналогичные стоматологические характеристики имеют градацию на три уровня: до 1,8; от 1,9 до 21,1; от 21,2 и выше. Таким образом, градация показателей СИФС и CIRS(G) для целей прогнозирования результатов стоматологического лечения может быть представлена как – хорошая, удовлетворительная и неопределенная. Данная математическая модель позволила также определить точку перелома как по показателю СИФС, так и по показателю CIRS(G), которая равняется 3,46 и 11,59 соответственно.

Установлено, что средние показатели СИФС и CIRS(G) в возрастных группах до 59 лет и 60-74 года лежат ниже выявленной границы, что свидетельствует о потенциально благоприятном прогнозе стоматологического лечения. В возрастной группе старше 75 лет анализируемые показатели лежат выше установленной границы, что характеризует прогноз стоматологического лечения, в том числе и протезирования, как неблагоприятный.

Таким образом, показатели СИФС и CIRS(G) позволяют детальнее оценить адаптационные возможности пациентов пожилого и старческого возраста при наличии психосоматических расстройств и коморбидных состояний, и как прогностические маркеры адекватности предстоящего и проводимого стоматологического лечения, могут успешно применяться в клинической практике.

ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Променашева Т.Е., Федорова Л.Е.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель исследования заключалась в оценке зависимости между повышением артериального давления (АД), головной болью и психическими факторами у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование были включены 20 женщин и 11 мужчин с диагнозом гипертоническая болезнь (умеренный риск 20%, высокий риск 27%, очень высокий риск 53%). Средний возраст больных составил 60±0,7 лет.

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД). Повышением АД считали прирост показателей более чем на 20% и АД выше 140/90 мм рт.ст. В течение суток каждый пациент вел дневник, в котором фиксировал время появления, интенсивность, длительность и характер симптомов. Уровень тревоги и депрессии у пациентов определялся с помощью шкал Цунга, оценка качества жизни проводилась с помощью международного опросника SF-36. Данные обрабатывались с помощью статистического пакета Stat Soft 6. Использовался U-тест Манна-Уитни, оценка средних и вариативности, корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. По данным суточного мониторирования повышение АД наблюдалось у 90% обследуемых, а головная боль выявлена только у 48% из них. На основе этих данных выборка была разбита на две группы: с симптомным и бессимптомным повышением АД.

Достоверных связей между эпизодами головной боли и уровнем АД в момент симптомов выявлено не было ($p > 0.05$). Установлено, что в группе пациентов, повышение давления которых сопровождалось появлением головной боли среднее и максимальное систолическое АД достоверно выше, чем в группе пациентов без симптомов ($p = 0,01$).

Средний уровень тревоги и депрессии у пациентов с симптомными подъемами АД был выше, чем при бессимптомной гипертензии, но различия в этих группах были недостоверны. При проведении корреляционного анализа связи между АД и уровнем тревоги и депрессии не обнаружено ($p > 0.05$). В то же время, определялась сильная линейная связь среднего диастолического АД с физическим компонентом качества жизни в группе пациентов с симптомным повышением АД ($p = 0,04$).

Выводы.

1. Повышение АД и головная боль не связаны между собой.
2. Головная боль при повышении АД не связана тревогой и депрессией.
3. Величина диастолического АД зависит от показателей физического компонента здоровья ($p = 0.04$).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Решина И.В., Калягин А.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Клиническая больница № 1 г. Иркутска.

Цель работы: проследить взаимосвязь уровня психических нарушений – личностной тревожности и депрессии с течением обострений хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы: методом случайной выборки проведено обследование 43 человек, больных ХП. Результаты заносились в специально разработанную карту. Для определения уровня тревожного синдрома и степени выраженности депрессии использовались тесты Цунга, состоящие из 20 вопросов по каждому разделу, ответы на которые подсчитываются в баллах – 0-20 – тревоги, депрессии нет, 21-40 – легкая, 41-60 – умеренная, выше 60 – выраженная тревога, депрессия. Степень выраженности болевого синдрома оценена в баллах: 0 – боли нет, 1 – легкая боль, не нарушающая ритм сна и бодрствования, 2 – умеренное ощущение боли, нарушающее привычный биоритм, 3 – сильные боли, 4 – максимально выражен-

ные, не терпимые, опоясывающие боли. Морфологические изменения по УЗИ оценены на основании Кембриджской классификации воспалительных заболеваний ПЖ: градация по пяти параметрам – нормальная ПЖ, ПЖ с сомнительными изменениями, ПЖ с мягкими структурными изменениями, ПЖ с умеренными структурными изменениями, ПЖ с выраженными структурными изменениями. Статистическая обработка проведена в программном пакете «Biostat» с использованием критерия ранговой корреляции Спирмена (Rs). Критический уровень значимости статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: из 43 обследованных – мужчин – 23 (53,5%), женщин – 20 (46,5%). ХП легкой степени тяжести встречался у 6 (13,9%), средней степени тяжести – у 29 (67,5%), тяжелой степени – у 8 (18,6%) чел. Отсутствие тревожности выявлено у 8 (18,6%), депрессии – у 23 (53,5%) чел.

Средний уровень выраженности тревоги у больных с легким течением ХП составил – $27,5 \pm 2,5$, со средней степенью тяжести – $40,7 \pm 5,2$, с тяжелыми – $67,6 \pm 5,4$ балла. Средний уровень выраженности депрессии у больных с легким течением ХП составил – $26 \pm 1,5$, со средней степенью тяжести – $25,2 \pm 5,0$, с тяжелыми – $45 \pm 3,5$ балла. Средний уровень выраженности тревоги и депрессии по возрастным группам: в возрасте 20-39 лет средний уровень тревоги (СУТ) составил $37,0 \pm 1,5$, средний уровень депрессии (СУД) $22,5 \pm 0,7$; в возрастной группе 40-59 лет СУТ $45,3 \pm 3,2$, СУД $30,2 \pm 2,4$; у больных 60 лет и старше СУТ составил $49,5 \pm 4,1$, СУД $34,1 \pm 3,0$.

Анализ данных показал наличие прямой корреляционной взаимосвязи между уровнем болевых ощущений ($R_s = 0,903$, $p = 0,008$), тяжестью течения ($R_s = 0,929$, $p < 0,001$) и степенью выраженности тревоги. Между уровнем депрессии и степенью тяжести выявлены средней силы корреляционные связи ($R_s = 0,480$, $p = 0,001$), а так же между уровнем депрессии и степенью выраженности болевого синдрома ($R_s = 0,403$, $p = 0,008$). Проведен так же корреляционный анализ степени морфологических изменений в ПЖ и уровнем выраженности тревоги выявлена слабая корреляционных взаимосвязей ($R_s = 0,310$, $p = 0,043$).

Заключение: у больных ХП имеется взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения заболевания (уровнем боли, степенью тяжести, морфологическими изменениями).

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Рудь С.С., Алексеенко С.А., Казакевич Н.В., Крапивная О.В.
ГОУ ВПО ДВГМУ, Хабаровск

Важной задачей любого врача является выявление психологических предпосылок болезни до формирования соматической патологии, а при сформированном заболевании – уменьшить степень выраженности психологически неблагоприятных факторов. Это может осуществляться путем изучения качества жизни пациента. Существует множество опросников общего и специального типов. Самым распространенным из них является SF – 36, созданный в 1988 году. В 2003 году в рамках научного исследования было проведено тестирование по опроснику SF-36 группы больных с синдромом раздраженного кишечника и функциональной диспепсией. Было опрошено 140 пациентов (117 женщин и 23 мужчины, средний возраст $45 \pm 12,2$ лет). В результате исследования выявлено, что итоговый индекс психического здоровья как больных с СРК, так и у пациентов с функциональной диспепсией был достоверно снижен по сравнению с нормой. Значительно меньше работ посвящено исследованию качества жизни в период ремиссии. Такое исследование было проведено в Хабаровске в 2005 г. у группы пациентов с неспецифическим язвенным колитом. Было опрошено 106 пациентов (101 женщина и 5 мужчин, средний возраст $38,92 \pm 13,17$ лет) с процессом легкой и средней тяжести в период стойкой ремиссии, предъявлявших жалобы гастроэнтерологического характера. Параллельно исследовалась контрольная группа здоровых лиц – 21 человек (20 женщин, 1 мужчина, средний возраст – $33,26 \pm 11,48$). Выявлено достоверное снижение качества жизни по индексу психического здоровья. У группы контроля значения индекса соответствовали норме. Была проведена медикаментозная коррекция выявленных функцио-

нальных нарушений ЖКТ. В результате лечения качество жизни больных достоверно улучшилось. С другой стороны, индекс так и не достиг нормальных значений. Вот почему подключение психологической помощи в лечении больных было бы желательным. Ввиду ограниченной доступности психотерапевтической помощи, нужно принимать во внимание следующую тактику ведения больных:

1. Уменьшать тревожность больного путем объяснения возможной взаимосвязи его жалоб с эмоциональными переживаниями.
2. Выбрать и поддерживать стабильную спокойную позицию в отношении с больным.
3. Предоставлять пациенту возможность объяснить некоторые подавляющие его мысли и идеи т.е. врач должен уметь выслушать и понять проблемы больного.
4. Манипулировать, по необходимости, окружением, в котором живет пациент (лечение концентрируется на окружающей обстановке).
5. Начать курс глубокой психотерапии в сложных случаях.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Суворова И.А., Говорин А.В., Муха Н.В.

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита

Цель. Изучение влияния тревожно-депрессивных расстройств на сосудодвигательную функцию эндотелия у больных постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных постинфарктным кардиосклерозом, средний возраст 54 ± 6 лет. Выявлялись клинические признаки тревоги и депрессии; их выраженность оценивалась по шкалам Гамильтона, Бека, Спилбергера-Ханина. Функциональное состояние эндотелия изучали с помощью аппарата "Sequoia" путем проведения пробы с реактивной гиперемией. При этом оценивались следующие показатели: D_0 , D_1 , V_0 , V_1 , ΔD , ЭЗВД%.

Результаты. У больных постинфарктным кардиосклерозом в 97,5% случаев имели место тревожные расстройства умеренной и тяжелой степени. Тяжелая тревога выявлена у 23 пациентов (57,5%). Депрессивные расстройства различной степени тяжести были выявлены у 30 (75%): легкая депрессия – 15 (37,5%), средняя – 4 (10%), тяжелая – 3 (7,5%) пациентов.

Установлено, что на уровень эндотелийзависимой вазодилатации влияла выраженность аффективных нарушений. Так, показатель ΔD достоверно отличался у лиц без тревожно-депрессивных расстройств (0,03 см) и пациентов с легкой депрессией и умеренной тревогой (0,02 см) ($p < 0,05$).

Эндотелийзависимая вазодилатация у больных с тяжелой депрессией (4,1%) и выраженной тревогой (4,7%) была значительно меньше аналогичного параметра лиц с легкими тревожно-депрессивными расстройствами (8,9%) и без таковых (11,6%) ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов постинфарктным кардиосклерозом в 97,5% случаев выявляются тревожные и в 75% случаев депрессивные расстройства. Выраженность эндотелиальной дисфункции зависит от тяжести психопатологических расстройств. Это диктует необходимость проведения у данной категории больных современной психофармакотерапии.

СВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Федорова Л.Е., Променашева Т.Е., Чайкисов Ю.С.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Целью данного исследования явилось выявить зависимость между проявлениями бронхиальной астмы, величиной артериального давления и психическим состоянием пациентов.

Материал и методы. Было обследовано 2 группы пациентов. Основная группа 41 человек с диагнозом бронхиальная астма и гипертоническая болезнь, средний возраст $46,6 \pm 8,4$

лет. Группа сравнения включала 13 человек с диагнозом гипертоническая болезнь без обструктивных заболеваний легких, средний возраст $59,7 \pm 10,7$ лет.

Уровень тревоги определялся по шкалам Цунга и Гамильтона, а уровень депрессии – по шкалам Монтгомери-Асберга и Цунга. Оценка артериального давления (АД) проводилась с помощью суточного мониторинга, а динамика бронхиальной проходимости оценивалась по пиковой скорости выдоха (ПСВ), которая измерялась синхронно с АД. Статистическая обработка включала корреляционный анализ по Спирмену и анализ различия средних по Манну-Уитни.

Результаты. С помощью этих методов получены следующие результаты. В основной группе не выявлено связи ПСВ с уровнем депрессии ($r = -0,04$; $p = 0,78$) и тревоги ($r = -0,03$; $p = 0,839$). В группе сравнения обнаружена сильная корреляционная связь с уровнем тревоги ($r = -0,67$; $p = 0,023$) и депрессии ($r = -0,63$; $p = 0,036$).

Обнаружена связь АД с уровнем тревоги в группе больных бронхиальной астмой ($r = 0,31$; $p = 0,04$), а в группе сравнения линейных связей АД с выраженностью тревоги не выявлено. Линейной зависимости между величиной АД и уровнем депрессии в обеих группах не выявлено.

Уровень АД у больных бронхиальной астмой с депрессией и тревогой был достоверно выше, чем у пациентов с этим заболеванием без проявлений тревожного и депрессивного состояния. При наличии депрессии, определенной по шкале Цунга, среднее систолическое АД составило 177 мм рт. ст., у пациентов без депрессии 155 мм рт. ст. ($Z = 2,14$; $p = 0,03$). У пациентов, не имеющих тревожного состояния среднее систолическое АД составило 147 мм рт. ст., а при наличии тревоги – 173 мм рт. ст. ($Z = 2,02$; $p = 0,04$).

В группе сравнения достоверных различий АД у пациентов с депрессией, тревогой и без таковых не обнаружены.

В основной группе были обнаружены линейные связи ПСВ и АД у 31% пациентов. Это проявлялось повышением АД в момент приступа бронхиальной астмы (резкого снижения ПСВ). В группе сравнения достоверных линейных связей между показателями АД и ПСВ выявлено не было.

Связь ПСВ с приступами удушья и кашля обнаружена только у 24% больных. У 40% больных выявлена связь приступов бронхиальной астмы с САД, а у 37% - с ДАД.

Заключение. У трети пациентов с бронхиальной астмой выявлено бессимптомное повышение АД в момент приступа. Повышенный уровень депрессии и тревоги ассоциировался с повышением АД, но не с усилением бронхиальной обструкции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕНОТЕНА В ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕВРАСТЕНИЙ

Хейфец И.А., Тарасов С.А., Бородавкина М.В., Двалишвили Э.Г.,
Мартюшев-Поклад А.В., Сергеева С.А., Эпштейн О.И.
ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Москва

Цель: сравнительная оценка эффективности и безопасности тенотена (сверхмалые дозы антител к белку S100) при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР) и неврастениях.

Методы: в 4-недельном открытом мультицентровом сравнительном рандомизированном исследовании принимали участие 251 пациент в возрасте от 18 до 65 лет. В зависимости от вида получаемой терапии были сформированы две однородные группы: пациенты ($n=131$), получавшие тенотен по 6-12 таблеток в сутки и пациенты ($n=120$), получавшие диазепам в дозе 15 мг/сут. Эффективность терапии оценивали по шкале тревоги Гамильтона (НАМА-А), % отвечающих пациентов (снижение НАМА-А более чем на 50%). О безопасности терапии судили на основании возникающих в ходе исследования нежелательных явлений или осложнений.

Результаты: диагноз ГТР был поставлен 38 пациентам группы тенотена и 39 пациентам группы диазепама, неврастения - 41 и 39 пациентам, соответственно. К 4 неделе исследования было выявлено, что оба препарата одинаково эффективно улучшали состояние па-

циентов как с ГТР, так и с неврастениями. Так, средний балл по НАМА-А, снижался от исходного значения ($p < 0,05$) на 56,5% и 61,6%, достигая значения $11,9 \pm 0,5$ балла и $10,9 \pm 0,5$ балла, в группе тенотена и диазепама соответственно. Процент отвечающих пациентов составил 68,8% в группе тенотена и 77,2% в группе диазепама. Соматическая и психическая тревоги, рассчитанные по шкале НАМА-А, снижались на $9,5 \pm 0,5$ балла и $6,7 \pm 0,4$ балла в группе тенотена, на $10,2 \pm 0,4$ балла и $8,3 \pm 0,4$ балла в группе диазепама, соответственно. Процент пациентов, у которых развились побочные эффекты, составил 5,1% в группе тенотена и 34,7% в группе диазепама; количество всех зафиксированных побочных эффектов у пациентов, принимавших тенотен составил 5 случаев, а пациентов, принимавших диазепама 82 случая. Таким образом, показатель польза/риск у тенотена на порядок выше, чем у диазепама.

Заключение: по эффективности лечения ГТР и неврастении тенотен не уступает диазепама, однако по безопасности качественно превосходит данный бензодиазепиновый анксиолитик.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Цилли Е.И., Кузнецов А.Н., Корнилова Л.И., Пушков С.В., Лыткина И.В., Снопкова

Ю.Г., Джурук А.С.

Иркутский Государственный медицинский университет, Иркутск

Цель исследования: Мексидол при терапии больных с смешанной тревожно-депрессивной реакцией.

Материалы и методы исследования: Обследовано стационарно 24 больных (F43. 22); из них 16 женщин и 8 мужчин; средний возраст больных 40,5 лет. Все обследованные соответствовали критериям МКБ-10 4 рубрике “Расстройство адаптации” (F43.2). Использованы клиничко-психопатологический, психологический, патопсихологический методы, шкала тревоги Гамильтона, шкала астенического состояния (ШАС), субъективная шкала оценки астении (MFI-20), карта учета психопатологической симптоматики.

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

Результаты исследования. У обследованных больных наблюдалась тревога, эмоциональное напряжение, страх, депрессивное настроение, вызванные стрессовой ситуацией (потеря близкого человека, разлука с ним, уход на пенсию, тяжелое соматическое заболевание и т. д.), чувство невозможности пережить эту ситуацию, приспособиться к ней, а также наличие предрасположенности - у большинства больных (15 человек) преобладали тревожно-мнительные черты характера. Кроме этого у больных обнаружена астеническая симптоматика различной степени тяжести и вида. Так, «слабая астения» наблюдалась у 10, «умеренная астения» - 9, «выраженная» - у 5 больных; физическая астения у 4, психическая - 9, общая - у 11 больных. В динамике, т. е. на 7, 14, 28 и 42 день приема мексидола, отмечен регресс симптоматики смешанной тревожно-депрессивной реакции. В частности, к 7 дню приема мексидола симптоматика смешанного тревожно-депрессивного расстройства оставалась у больных. Но некоторые проявления «слабой астении» (нарушения сна и аппетита, болевые ощущения, раздражительность) прошли. Оставались физические ощущения вялости, слабости, разбитости, тревожные опасения за здоровье, интенсивность которых значительно уменьшалась к 14 дню и полностью купировалась к 28 дню приема препарата. Проявление «умеренной астении» сохранялись к 7 дню; интенсивность их незначительно снижалась к 14 дню; на 28 день приема мексидола большинство проявлений астении (физические ощущения вялости, слабости, разбитости, повышенная утомляемость) прошли. Глубина и острота тревоги, страха, напряжения уменьшились к 14 дню приема препарата. Больные реже думали о стрессовой ситуации. У них появлялась некоторая надежда, что справятся с ней, смогут приспособиться к новым условиям жизни. Настроение оставалось сниженным. К 28 дню приема мексидола настроение выравнивалось, значительно уменьшилась актуальность стрессовой ситуации, больные были более уверены, что справятся с ней, приспособятся к новым условиям жизни. Больные начинали строить планы на ближайшее время. Проявления «выраженной астении» (болевые ощущения, нарушения сна и аппетита, раздражительность, вегетососудистая лабильность и др.) сохранялись, но меньшей интенсивности, и полностью

редуцировались к 42 дню приема препарата. К 42 дню приема мексидола стрессовая ситуация не звучала в высказываниях больных, дезактуализировалась, больные успокоились, настроение выровнялось, большинство больных были готовы к жизни в новых, изменившихся условиях.

Выводы. Обладая выраженным анксиолитическим, антистрессорным и ноотропным действием, мексидол купировал тревожно-депрессивную симптоматику, в том числе и астеническую, у больных с расстройством адаптации. Следовательно, этот препарат можно рекомендовать для профилактики и терапии (иногда в составе комплексного лечения) разнообразных стрессовых расстройств.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Цимбалистов А.В., Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В., Гуторов Ю.А.
СПБМАПО, Санкт-Петербург

Врач-стоматолог в своей практике все чаще сталкивается с психологическими, психосоматическими и медико-социальными проблемами, что, в свою очередь, предъявляет значительные требования к врачу и влияет на результат стоматологического лечения, адаптацию больного к зубным протезам. В некоторых случаях больные так и не адаптируются к изготовленным зубным протезам, несмотря на полное соблюдение технологий и методов лечения, что заставляет задуматься о мотивации и адаптационных возможностях данных больных.

Цель исследования – оценить отношение к болезни и мотивацию к лечению у стоматологических больных.

Материалы и методы. Обследована группа больных 48 человек в возрасте от 17 до 81 года, из них 6 мужчин и 42 женщины с различными видами стоматологической патологии: синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, снижением межальвеолярной высоты, зубоальвеолярными деформациями, полном отсутствием зубов. Дополнительно к стоматологическому обследованию проведено психологическое анкетирование, включающее 31 вопрос, определяющий отношение пациента к болезни и к лечению, анкета состояла из двух частей по 16 и 15 вопросов соответственно. В каждой из частей необходимо было выбрать не менее одного пункта.

При анализе полученных результатов было выявлено, что 14 человек (29% больных) «стремятся не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью» - что должно сразу насторожить врача-стоматолога при планировании лечения и прогнозировании возможного эффекта лечения. 13 человек (27% больных) «всеми силами стараются не поддаваться болезни», 10 человек (21% больных) «стремятся перебороть болезнь, работать как прежде, даже еще больше». 5 человек (10.4%) ответили «я здоров и болезни меня не беспокоят», 5 человек (10.4%) выбрали «моя болезнь меня пугает». 4 человека (8.3%) считают, что «моя болезнь протекает совершенно необычно – не так как у других и, поэтому требует особого внимания», 3 человека (6.3%) «без конца думают обо всех возможных осложнениях, связанных с болезнью», 2 человека (4.2%) отметили пункт «я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет».

Во второй части анкеты, касающейся отношения к лечению, 22 человека (45.8%) отметили «ни одно из определений мне не подходит», то есть отношение пациентов к лечению было иное, чем предложенные варианты. 7 пациентов (14.6%) отметили пункт «избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать» - врачу необходимо быть чрезвычайно осторожным при проведении лечения у данного контингента больных, 6 человек (12.5%) отметили пункт «меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением». 6 человек (12.5%) отметили пункт «я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни» - у этой группы больных можно предположить хороший результат лечения.

Таким образом, при лечении стоматологических больных необходимо учитывать психоэмоциональные факторы, отношение к болезни и мотивацию к лечению.

ПСИХИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Чайкисов Ю.С., Хамаева А.А., Променашева Т.Е., Федорова Л.Е.

Кафедра факультетской терапии ИГМУ, Иркутск

Цель исследования заключалась в оценке связей психических факторов с длительностью и тяжестью миеломной.

Материал и методы. Объектом исследования служат 27 пациентов (52% мужчин, 48% женщин, средний возраст $60 \pm 0,7$ лет) с диагнозом множественная миелома, диффузно – очаговая форма, II ст. Оценивали антропометрические характеристики (пол, возраст), длительность заболевания, наличие очагов деструкции по рентгенографии, уровень депрессии и тревоги по шкалам Цунга, ситуативной и личностной тревоги. Проводилась оценка средних и вариативности, корреляционный анализ по Спирмену, t-тест для независимых выборок, однофакторный дисперсионный анализ.

Результаты. Была выявлена значительная прямая связь между возрастом и уровнем ситуативной тревоги ($r=0,51$, $p=0,0055$), а уровень личностной тревоги был выше у женщин ($p=0,039$). Очаги деструкции определялись только в позвоночнике 51,8% (из них компрессионных переломов 22,2%), в позвоночнике и других костях (кости черепа, ребра, грудина, нижняя челюсть) – 40,8%, в иных местах – 7,4%.

Была выявлена связь между локализацией очагов деструкции и уровнем депрессии ($p = 0,008$), уровнем ситуативной тревоги ($p = 0,007$) и уровнем личностной тревоги ($p = 0,017$). Длительность заболевания составила – до 1 года 59,3%, от 1 до 3 лет – 33,3%, более 3 лет – 7,4%. Найдена связь длительности заболевания с уровнем ситуативной тревоги ($p = 0,019$). Изучение соотношения уровня депрессии составило у 7% мужчин и 12% женщин легкий уровень депрессии. У мужчин в 3% выявлена легкая личностная тревога, в 7% – умеренная, в 44% – высокая, а у женщин – 0%, 12%, 34% соответственно. У мужчин в 3% выявлен низкий уровень ситуативной тревоги, в 19% – умеренный, в 30% – высокий, а у женщин – 0%, 3%, 45% соответственно.

Выводы.

1. Выявлена прямая связь между возрастом и ситуативной тревогой.
2. У женщин уровень личностной тревоги выше, чем у мужчин.
3. Выявлена связь между локализацией очагов деструкции и депрессией, ситуативной и личностной тревогой.
4. Длительность заболевания связана с ситуативной тревогой.

СОСТОЯНИЕ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Щербакова А.В., Баркова Н.П., Сараева Н.О., Романова Е.В., Никитина А.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Одним из определяющих факторов в развитии психосоматических заболеваний (ПСЗ) является, прежде всего, субъективное отношение человека к психотравмирующей ситуации, которое зависит от многих его личностных особенностей.

Известно, что все мы реагируем на стресс, но реагируем по-разному. У одних это происходит в виде внутреннего скрытого накопления множества различных мелких раздражений, которые до поры до времени остаются не воспринимаемыми индивидом, но при достижении определенного уровня возникает «переполнение» и какая-нибудь «последняя капля» уничтожает существующую до той поры регуляцию, приводя к различным патологическим состояниям.

У других «протекание» стресса происходит без каких-либо тяжелых последствий для организма. Решающую здесь роль играют психологические и психофизиологические особенности личности.

Целью работы явилось изучение психодинамического уровня у больных гемобластомами.

Методы исследования: 1) опросник Айзенка для изучения психодинамического уровня (темперамента) с рассмотрением следующих полярных свойств: экстраверсии–интроверсии, ригидности–пластичности, эмоциональной возбудимости–эмоциональной уравновешенности, темпа реакций и активности личности; 2) психофизиологические мотивы: стремление к успеху и избегание неудач.

Результаты и обсуждения. В среднем по группе эмоциональная устойчивость находится в пределах средней эмоциональной уравновешенности (9,9 баллов). Однако обращает на себя тот факт, что у 40% опрошенных, отмечена высокая возбудимость.

При исследовании эмоциональной компетентности было показано, что часть больных гемобластозами подавляют негативные эмоции (23,7%), на что указывает выраженная очень высокая эмоциональная уравновешенность некоторых обследованных, а другая часть - «выплескивает» свои эмоции во вне (66,3%).

Кроме того, необходимо отметить, что у большинства опрошенных больных, отмечен низкий показатель активности (11,5 балла), сопряженный с высокой интравертированностью и ригидностью.

Анализ темперамента и характерологических черт личности показал, что стратегия избегания неудач для этих больных связана со следующими признаками темперамента: низкой активностью, высокой эмоциональной возбудимостью, понимаемой как чувствительность к несовпадению ожидаемого и полученного результата, а также с высоким уровнем «застревания» в своей проблеме ($r=0,69$; $p=0,011$). Стремление к достижению успеха характерно для экстравертированной личности с высокой активностью, эмоциональной стабильностью ($r=0,61$; $p=0,04$).

При сравнении больных в группах с множественной миеломой и лимфопролиферативными заболеваниями были отмечены, в основном, гендерные ($r=0,34$; $p=0,01$) и возрастные ($r=0,61$, $p=0,01$) различия и их связь с уровнем экстраверсии.

Таким образом, проведенные нами исследования доказали тот факт, что одной из причин, приводящих к формированию ПСЗ ведет слабый уровень регуляции личности в условиях стрессовых ситуаций, который определяется не только высоким уровнем тревожности, слабой нервной системой, но и стратегией избегания, а не решения проблемы, а также состоянием его психодинамического уровня.

СОДЕРЖАНИЕ

Белов В.В., Правило В.С., Сорокин А.В. Донозология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): психосоматический подход к проблеме.	3
Белялов Ф.И. Достижения, проблемы и перспективы психосоматической медицины.	10
Зольников А.О. Психологические особенности разрушающего поведения.	13
Корниенко В.Н. Нозогенные нервно-психические расстройства у больных перенесших инфаркт миокарда и качество жизни на этапе четырёхлетнего катамнеза.	15
Окладников В.И. Синдром аутоагрессии в патогенезе психосоматической патологии.	21
Петрова М.М., Сугоняко Е.А. Клинико-психологические особенности больных язвенной болезнью.	24
Рачко Т.А. Внутренняя картина болезни у больных сахарным диабетом.	26
Собенников В.С., Пшеничных И.В. Коморбидные аффективные и диссоциативные расстройства (клинико-психопатологический статистический анализ).	29
Акарачкова Е.С. Психовегетативные проявления дефицита магния у медработников.	33
Акарачкова Е.С. Коррекция вегетативных проявлений тревоги у пациентов общесоматической практики.	34
Акарачкова Е.С., Воробьева О.В. Влияние антидепрессанта двойного действия на динамику болевого синдрома у пациентов с хроническими головными болями напряжения.	35
Акжигитов Р.Г. Возможности применения азафена для лечения пограничных психических расстройств (ППР).	35
Баркова Н.П., Волошенко С.А. Личностно-типологический портрет подростка с психосоматическими проявлениями бронхиальной астмы.	36
Баркова Н.П., Щербачева А.В. Общие предпосылки формирования психосоматических заболеваний.	37
Боробова Е.С. Психические расстройства у больных хроническим остеомиелитом.	39
Бунова С.С., Карловская Н.Н., Винжегина А.М., Нелидова А.В., Остапенко В.А. Состояние уровня тревожности у больных артериальной гипертензией в сочетании с метаболическими нарушениями.	40
Верлан Н.В., Яворская Е.Н., Бараховская Т.В. Возможности терапии мексидолом больных пожилого и старческого возраста с хронической цереброваскулярной недостаточностью.	41
Говорин А.В., Горбунов В.В. Роль тревожно-депрессивных расстройств и вариабельности сердечного ритма в исходах нестабильной стенокардии.	41
Горайнов А.А. Психологический статус и вегетативный тонус у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией.	42
Дашинамжилова В.Н. Значение психогенных влияний в инициации пароксизмальной тревоги, в структуре коморбидных соматоформных и панических расстройств.	44
Дашинамжилова В.Н. Психическая ригидность по данным ТОРЗ в структуре коморбидных соматоформных и панических расстройств.	45
Зобнин Ю.В., Любимов Б.М., Малых А.Ф., Провадо И.П., Третьяков А.Б. Вероятные факторы суицидального поведения по данным Иркутского центра острых отравлений	46

Калягин А.Н. Психосоматические взаимоотношения при ревматоидном артрите.	46
Козлова Н.М., Тюрюмин Я.Л., Галеев Ю.М., Попов М.В. Функциональное состояние гепатобилиарной системы у больных с заболеваниями желчевыводящих путей.	47
Куклин С.Г., Михалевич И.М., Рожкова Н.Ю. О методах анализа психосоматической динамики при артериальной гипертонии.	48
Ларёва Н.В., Говорин А.В. Психосоматические взаимоотношения у женщин в постменопаузе.	49
Михайлова Е.С., Кулик И.В. Особенности психоэмоционального статуса пациентов с ортопедическими конструкциями, страдающих синдромом жжения полости рта.	50
Пихур О.Л., Гончаренко Е.Т. Определение стоматологического реабилитационного потенциала пациентов пожилого и старческого возраста при наличии психосоматических расстройств и коморбидных состояний.	51
Промнашева Т.Е., Федорова Л.Е. Психические и соматические связи при артериальной гипертонии.	52
Решина И.В., Калягин А.Н. Психосоматические соотношения у больных хроническим панкреатитом.	52
Рудь С.С., Алексеенко С.А., Казакевич Н.В., Крапивная О.В. Воспалительные заболевания кишечника как психосоматическая патология.	53
Суворова И.А., Говорин А.В., Муха Н.В. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на уровень эндотелийзависимой вазодилатации у больных с постинфарктным кардиосклерозом.	54
Федорова Л.Е., Промнашева Т.Е., Чайкисов Ю.С. Связь психического состояния и артериального давления у больных бронхиальной астмой.	54
Хейфец И.А., Тарасов С.А., Бородавкина М.В., Двалишвили Э.Г., Мартюшев-Поклад А.В., Сергеева С.А., Эпштейн О.И. Клиническая эффективность тенотена в лечении генерализованных тревожных расстройств и неврастений.	55
Цилли Е.И., Кузнецов А.Н., Корнилова Л.И., Пушков С.В., Лыткина И.В., Снопкова Ю.Г., Джурук А.С. Терапия больных с расстройством адаптации.	56
Цимбалистов А.В., Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В., Гугоров Ю.А. Психологическое анкетирование стоматологических больных.	57
Чайкисов Ю.С., Хамаева А.А., Промнашева Т.Е., Федорова Л.Е. Психические факторы при множественной миеломе.	58
Щербакова А.В., Баркова Н.П., Сараева Н.О., Романова Е.В., Никитина А.Н. Состояние психодинамического уровня у больных гемобластозами.	58