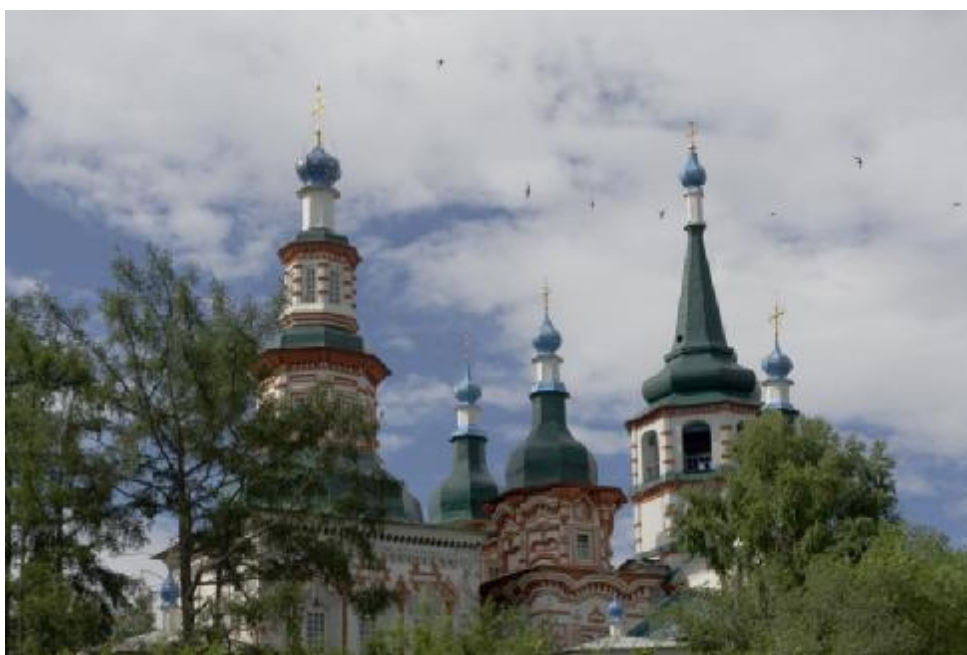


Иркутский государственный медицинский университет
Департамент здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения Иркутска

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Материалы
IV Байкальской межрегиональной конференции



Иркутск
25–26 сентября 2008 года

УДК 616. 89 -06: 616.

Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике. Сборник материалов IV Байкальской межрегиональной конференции. Иркутск 2008.

Редакторы: Ф.И. Белялов, В.С.Собенников, Ю.С.Чайкисов

© ИГМУ, 2008

СОДЕРЖАНИЕ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	5
Корниенко В.Н. Психопатологические расстройства при ишемической болезни сердца (реферативное сообщение).....	5
Розин А.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д. К вопросу о биопсихосоциальной модели реабилитации пациентов кардиологического стационара с тревожно-депрессивными расстройствами.....	7
Салимова Н.Р., Ходжаев А.И. Невротические расстройства в клинической картине артериальной гипертонии и их динамика при различных вариантах терапии.....	8
Федоришина О.В., Куклин С.Г. Тревога, депрессия, данные суточного мониторирования артериального давления и вариабельность сердечного ритма у пожилых пациентов с артериальной гипертонией.....	10
Харламова У.В. Оценка взаимосвязи биохимических, функциональных показателей миокарда, качества жизни у больных нестабильной стенокардией при внутривенной лазеротерапии.....	12
Ходжаев А.И., Салимова Н.Р., Сарманов Ф.А. Особенности невротических расстройств у больных артериальной гипертонией в зависимости от возраста и половой принадлежности.....	15
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.....	16
Атаманов В.М., Салимгареева В.Ф. Эмоциональное состояние больных сахарным диабетом и его отражение в психосемантических показателях.....	16
Бунаева Ю.С., Дик О.Г., Мартынович Н.Н. Психосоматические нарушения у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа Иркутской области.....	18
Ларёва Н.В., Говорин А.В., Лузина Е.В. Депрессивные расстройства у женщин в постменопаузе и их влияние на клиническое течение климактерия.....	19
Шепенёв А.М. Распространенность атипичной депрессии среди женщин с избыточным весом.....	24
БОЛЕЗНИ КРОВИ.....	25
Романова Е.В., Щербакова А.В., Сараева Н.О. Сопутствующая патология и качество жизни у больных острым лейкозом.....	25
Щербакова А.В., Дульский В.А., Фёдорова Е.А., Сараева Н.О. Соотношение между уровнем тревоги, депрессии и функцией почек у больных множественной миеломой.....	26
Щербакова А.В., Дульский В.А., Романова Е.В. Соотношение между уровнем тревоги, депрессии и функцией почек у больных острым лейкозом.....	26
Щербакова А.В., Дульский В.А., Никитина А.К. Бараховская Т.В. Соотношение между уровнем тревоги, депрессии и функцией почек у больных хроническим лимфолейкозом.....	27
ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	28
Белялов Ф.И. Результаты последних исследований в психосоматической медицине.....	28
Белов В.В., Белов Р.В., Бездольнова С.Ю, Мосолова Э.Г. Показатели липидного обмена – интегративный критерий психобиосоциальной индивидуальности.....	30
Романов Д.В., Романова Т.В., Смирнова Д.А. Опыт терапии псевдоаллергических расстройств.....	33
Субботина М.В. Психосоматический статус у больных с нарушениями голоса.....	35
Хамаева А. А., Керзина Л. В., Захарова Г. Ю., Паршукова Е. Д. Психосоматические факторы и качество жизни у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ИБС.....	36
Шадарова М.Л. Оценка психопатологических расстройств у больных псориазом.....	38
Якубович А.И., Новицкая Н.Н. Особенности комплексного лечения больных псориазом.....	39
ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	40
Березанцев А.Ю., Митрофанова О.И. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией (психосоматические и гендерные аспекты).....	40
Великанова Л.П. Клинико-психологические корреляции при различных формах дизадаптации в юношеском возрасте.....	43

Гришина Е.И., Кравцова Т.В., Великанова Л.П. Исследование индивидуальных стратегий совладания как способ выявления группы риска при нарушении пищевого поведения.....	46
Корытов Л.И. Сусликова М.И. Стресс – один из механизмов формирования психосоматической патологии.....	47
Михайлова Е.В. Патофизиологические основы взаимосвязи психической и соматической патологии.	49
Собенников В.С. Депрессия и тревога в структуре расстройств психосоматического спектра (аналитический обзор).....	53
Старкова Н.В. Роль патологических телесных ощущений в клинике шизофрении.....	57
Хасанова А.В. Шеметова О.М. Анализ развития патологии психосоматического генеза как результат дисфункции семейной системы.....	58
Цилли Е.И., Кислова Е.В., Рожков А.В., Лыткина И.В., Снопкова Ю. Особенности личности в развитии соматоформных расстройств	60
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....	61
Александров С.Г. Асимметрия психофизиологических функций у больных героиновой зависимостью в абстинентный период	61
Зобнин Ю.В., Бушкова Е.В., Любимов Б.М., Малых А.Ф., Пешков Д.М., Провадо И.П., Третьяков А.Б. Варианты нарушения сознания у пострадавших от отравления алкогольсодержащими жидкостями с преимущественным поражением печени	65
Ясникова Е.Е. Нарушения сна у больных героиновой зависимостью	65
ЛЕЧЕНИЕ	66
Окладников В.И. Гипотеза «Общего конечного пути» действия ноотропного препарата «Танакан».....	66
Симуткин Г.Г., Горшкова Л.В., Шепенев А.М., Потапкина Е.В., Кудякова Т.А. Комбинированная терапия депрессии	69
Собенникова В.В. Опыт применения препарата афобазол в терапии тревожных расстройств в структуре реакции горя.	70
Цилли Е.И., Кислова Е.В., Рожков А.В., Снопкова Ю.Г., Лыткина И.В. К оценке дифференцированной терапии психосоматических и соматоформных расстройств	71
ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ.....	73

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Корниенко В.Н. Психопатологические расстройства при ишемической болезни сердца (реферативное сообщение)

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Как показывают многочисленные исследования (Губачев Ю.М., 1981; Чазов Е.И., 1994; Шпак Л.В., 1992) ИБС представляет собой заболевание, в развитии и особенностях клинического течения которого, большое значение имеют психические факторы. Поэтому необходим единый психосоматический подход к обследованию, лечению и реабилитации больных ИБС (Виноградов В.Ф., 1991; Johnston D.W., 1993). Вид, выраженность и динамика психических изменений в течении ИБС зависит от особенностей заболевания, личности и образа жизни пациента (Зайцев В.П., 1984; Вугне D.G., 1982). К наиболее изученным относятся психические расстройства при инфаркте миокарда - острой форме ИБС. Психические расстройства при ИМ в значительной степени соматогенной природы связаны с нарушением мозгового кровообращения, обусловлены тромбозом или тромбоэмболией мозгового сосудистого генеза, чаще носят функциональный характер (Фитилева Е.Б., 1983; Чазов Е.И., 1994; Kinsey I., 1984).

Существенную патогенетическую роль может играть гипоксия мозга, возникающая вследствие развивающейся сердечной недостаточности. В острой фазе ИМ продукты распада очага некроза в мышце сердца оказывают токсическое влияние на головной мозг. В этой фазе можно наблюдать психотические состояния разной тяжести: различные расстройства сознания, оглушенность, сопор, делириозные и сумеречные состояния. Психозы чаще встречаются у пожилых людей, у людей, перенесших травмы головного мозга, и при осложненной форме протекания болезни. При тяжелом течении болезни, в случае сильного болевого синдрома, гипоксии, серьезных нарушениях ритма в некоторых случаях наблюдается психомоторное возбуждение, различные по глубине расстройства сознания (Чазов Е.И., 1992; Levinson J.L., 1985).

Реактивные состояния возникают чаще непосредственно на первой неделе ИМ. В острой фазе возможны тяжелые невротические реакции, страх, тревога, двигательное беспокойство, истерические и фобические расстройства (Цивилько М.А, 1990; Чазов Е.И., 1992; Lloyd G.G., 1982).

При стенокардии покоя, шоке, остановке сердца, повторном ИМ психические нарушения диагностированы в два раза чаще, чем у больных с не-осложненным ходом болезни. Недостаточность кровообращения повышает "надежность" психических нарушений (Зайцев В.П., 1983; Петров Д.П., 1983; Чазов Е.И., 1992).

Непсихотическими реакциями на ИМ (33-80% больных) являются астенические и неврозоподобные состояния, аффективные синдромы с депрессивной, тревожно-депрессивной или эйфорической симптоматикой (Зайцев В.П., 1975; Сеницын В.Н., 1984). Реакции на острую форму ИБС могут быть адекватные (нормальные) или патологические (невротические) в виде кардиофобических, депрессивных, ипохондрических, истерических и анозогнозических разновидностей (Чазов Е.И., 1992).

Особую важность в выраженности психических изменений придают возрастному фактору (Чуркин Е.А., 1988). В.П. Зайцев с сотр. (1983) показывают, что после 40 лет более чем в 6 раз увеличивается число больных с выраженной тревогой. Грубые неврологические симптомы поражения центральной нервной системы при ИМ наблюдаются редко (Чазов Е.И., 1992).

При сопоставлении симптоматики нервно-психических нарушений с динамикой соматических расстройств выявляется отчетливая зависимость степени выраженности психических проявлений от тяжести коронарной патологии и ее последствий. Подчеркивается роль гипоксии мозга, которая присоединяется к другим гемодинамическим расстройствам. Общепринятым является мнение, что психические нарушения, наблюдаемые при острых

формах ИБС (ИМ, прединфарктные состояния, нестабильная стенокардия), можно расценивать по своим особенностям как реактивные (страх, тревога, депрессия и т. д.). Они по существу являются естественным и обязательным проявлением этого заболевания, в основном обусловленным соматическим патологическим процессом (Вертоградова О.П., 1994; Кириллова М.Г., 1994; Чазов Е.И., 1992; Чуркин Е.А., 1988). На поведенческом уровне их можно трактовать как компенсаторно-защитные реакции на возникшую болезнь. Астеническая симптоматика может проявляться практически при всех заболеваниях. Головные боли, плохой сон, раздражительность, ухудшение памяти - самые характерные симптомы в психической реакции на ИБС (Цивилько М.А. 1990). Ухудшающим фактором для прогноза ИБС некоторые клиницисты считают ипохондрический синдром с сепестопатиями (Aberg T., 1980). Его появление, как правило, свидетельствует о развитии как мозгового, так и коронарного атеросклероза.

Чаще всего фактором, способствующим развитию астении после выявления ИБС, является психогенный фактор, вызывающий сначала выраженное реактивное состояние - депрессию (Ковалев В.В., 1984). В качестве факторов, провоцирующих развертывание астении, могут быть психическое перенапряжение, переутомление, голодание, отрицательные эмоции (Clay L., 1972; Passamani, E.R., 1991; Naidoo P., 1993). Психические нарушения у молодых лиц с параллельно протекающим церебральным атеросклерозом, могут проявляться в форме депрессивного или истерического синдрома (Ковалев В.В., 1984). Состояние сердца может стабилизироваться гораздо быстрее, чем психика. Для развития тревоги, депрессии и других реакций на ИБС важны также выраженность стенокардитического синдрома, наличие в анамнезе артериальной гипертонии, сахарного диабета, серьезных инфекционных заболеваний, травм головного мозга (Володин В.С., 1990). В причинной связи с ним находятся и многие другие проблемы - понижение либидо и потенции, тревожность. Особое значение имеют длительность самой ИБС и длительность сопутствующих заболеваний. Некоторые авторы отмечают при острых формах ИБС транзиторную симптоматику, не требующую специального психиатрического вмешательства (Смулевич А.Б., 1994). Бурне Г. с сотр. (1982) выделяют 8 вариантов аффективных психологических реакций на острую фазу ИБС. Авторы обнаружили негативное влияние патологических реакций на болезнь и ее исход в течение первых 8 месяцев, являющихся прогностически самыми информативными. В отдаленном периоде (6 и более месяцев) после ИМ В.П. Зайцев (1975) диагностировал психические изменения в виде неврозов и патологического развития личности в 25% случаев. Среди 18, 2% случаев неврозов чаще встречались неврастенический и кардиофобический синдромы. При патологическом развитии личности ведущим являлся ипохондрический синдром (Трифонов Б.А., 1980). Однако В.П. Зайцев подчеркивал, что данная классификация психических изменений у больных ИМ справедлива лишь в отношении преморбидно здоровых пациентов.

R. Hermes at all. (1981) сообщают о превалировании депрессий после ИМ у малоквалифицированных рабочих в отличие от высокообразованных людей и научных работников и у пожилых людей, страдающих стенокардией напряжения.

В.П. Зайцев с сотр. (1983) нашли по данным ММРІ у исследуемых через 2 года после перенесенного ИМ повышение шкал "невротической триады" и стойкий ипохондрический синдром с отказом от попыток решать стоящие перед больным жизненные проблемы, с "уходом в болезнь". Наблюдается истощаемость мыслительных процессов, затрудненность в оттормаживании несоответствующих ассоциаций, понижение активного внимания. В работах о влиянии личностных характеристик на процесс формирования психических изменений при ИМ подчеркивается связь между преморбидной структурой личности и характером реактивных психических изменений. Наблюдается зависимость частоты и выраженности психопатологических реакций на болезнь от степени гармоничности структуры личности больного (Ушаков Г.К., 1987). Психиатрическая симптоматика связана с преморбидными факторами риска. Показатель "психиатрическая болезненность" коррелировал с курением и наличием стенокардии до ИМ, но не был связан с такими характеристиками как возраст, соци-

альное положение, неспособность возобновить работу, летальный исход в течение года (Lloyd G.G., 1982).

По данным В.П.Зайцева (1975) лица, всегда отличавшиеся тревожностью, ригидностью, как правило, давали на ИМ кардиофобическую или тревожно-ипохондрическую реакцию. У лиц с истерическими чертами характера в ответ на ИМ чаще всего отмечается истерическая или анозогнозическая реакция. Т. Wise (1983) наблюдал у больных в подостром периоде после ИМ проявления признаков депрессии и тревоги. Наиболее часто в подостром состоянии встречаются депрессивные, кардиофобические и ипохондрические реакции (Смулевич А.Б., 1993). С точки зрения О.П. Вертоградовой (1985), в депрессиях, развивающихся в постинфарктном периоде, собственно соматическим влияниям принадлежит патопластическая роль, в то время как индивидуально-психологические факторы выступают в качестве ведущих. В.П. Зайцев с сотр. (1983) отметили, что для развития тревоги и депрессии у больных ИБС важно не столько наличие стенокардии в анамнезе, сколько длительность заболевания. В.П. Зайцев и Т.И. Кольцова (1983) обнаружили психопатологические изменения невротического и неврозоподобного характера у 172 из 187 больных стенокардией, чаще встречался депрессивный синдром, реже тревожный и ипохондрический. По данным Р.М. Шевыревой (1992) у 78% больных стенокардией выявлены психопатологические изменения с преобладанием тревоги с кардиофобией. Подчеркивается связь между степенью выраженности и структурой психических изменений, с одной стороны, и тяжестью сердечно-болевого синдрома с другой (Белякова Н.А., 1992; Зайцев В.П., 1988; Юренев А.П., 1994).

М.М. Кабанов с сотр. (1983) при исследовании внутренней картины болезни рекомендуют изучать систему ценностей больного, в основе которой находится оценка им состояния собственного здоровья. Они отмечают, что при ипохондрии такая система ценностей выступает на первый план. А.Б. Муханов и В.П. Зайцев (1976) разработали клиническую шкалу для оценки психического состояния больных с ИМ, систематизировав синдромы в соответствии с последовательностью их формирования в процессе заболевания, а также с глубиной поражения психики и сложностью структуры невротических развитий. По степени сложности структуры невротические развития расположены в следующем порядке: астеническое, депрессивное, психастеническое, фобическое, ипохондрическое.

Для лечения различных невротических проявлений у больных ИБС разработано большое количество психотерапевтических методик, кроме того используются препараты антидепрессивного, транквилизирующего ряда, а так же нейролептики в небольших дозировках (Авруцкий Г.Я., 1981; Дробижев М.Ю. 1994; Дроздов Д.В, 1994; ArosF., 1993).

Розин А.И., Гарганеева Н.П., Счастный Е.Д. К вопросу о биопсихосоциальной модели реабилитации пациентов кардиологического стационара с тревожно-депрессивными расстройствами

ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

ГОУ ВПО СибГМУ, Томск, Россия

Эпидемиологические данные последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской и кардиологической практике, намного превышающей частоту этих расстройств в популяции. Поэтому депрессия может с полным основанием рассматриваться в качестве важной общемедицинской проблемы. Проявления депрессивного состояния в силу выраженности соматовегетативных (соматических) симптомов зачастую ассоциируется пациентами не с психическим расстройством, а с различными соматическими заболеваниями. Поэтому больные депрессией нередко обращаются за медицинской помощью не к психиатрам, а к врачам-интернистам.

В ходе взаимодействия психиатров и кардиологов на базе отделения реабилитации клиник ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН разрабатывается и применяется модель био-

психосоциальной реабилитации. Это позволяет повысить уровень информированности пациентов о сущности кардиологической патологии, о наличии и степени выраженности аффективных расстройств, о механизмах действия принимаемых лекарств и обусловленной необходимостью длительного их приема. Устанавливая психотерапевтический контракт, четко очерчиваются возможности и критерии улучшения самочувствия пациента, обсуждаются качество жизни и уровень социального функционирования пациентов. Проводится совместная разработка программ лекарственной терапии пациентов с учетом сложных межлекарственных взаимодействий, согласованно подаются заявки на приобретение необходимых отделению препаратов, что позволяет достичь более комфортного выбора назначаемого медикаментозного лечения. Во время встреч врача-психиатра и пациента проводятся сеансы краткосрочной психотерапии с превалирующим использованием когнитивно-поведенческого подхода, большое значение имеет поведенческая психотерапия, направленная на формирование желаемых адаптивных форм поведения, оптимизации уровня социального функционирования.

Первые результаты показывают достаточно высокий уровень эффективности комплексной терапии с применением антидепрессантов и психотерапии. Отмечалось значительное уменьшение среднего балла по шкале MADRS ($13 \pm 1,1$ на 2й недели и $7 \pm 0,8$ на 4й недели), также пациенты указывали на отчетливое улучшение общего самочувствия, урежение приступов стенокардии и эпизодов подъема артериального давления.

Реализация биопсихосоциальной модели реабилитации представляется наиболее оптимальной и перспективной. Однако на сегодня имеется много нерешенных проблем, затрудняющих ее осуществление (низкая информированность пациентов об ИБС, алекситимия, связь тревожно-депрессивных расстройств с половой дисфункцией, большое количество коморбидных заболеваний и связанная с этим фактом полипрагмазия, сложность организации работы в междисциплинарной команде).

Салимова Н.Р., Ходжаев А.И. Невротические расстройства в клинической картине артериальной гипертензии и их динамика при различных вариантах терапии

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан, Ташкент

У больных артериальной гипертензией (АГ) в клинической картине часто присутствуют невротические расстройства, неблагоприятно влияющие на течение болезни (Чазов Е.И., 2003). В ряде случаев они подвергаются обратному развитию на фоне антигипертензивной терапии (АГТ), но у части больных требуют медикаментозной или немедикаментозной психокоррекции (Stamler J. et al. 1993, Wang Z.W. et al., 1992).

Цель работы. Определить удельный вес больных АГ, нуждающихся в психофармакотерапии на фоне АГТ и проследить динамику психологического состояния при различных вариантах сочетания антигипертензивной и психотропной терапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 142 больных АГ с ЦВО, мужчин было – 97 (68,3%), женщин - 45 (31,7%) в возрасте от 33 до 75 лет (средний возраст $54,5 \pm 8,8$). Всем больным проводились исследования неврологического и психовегетативного статуса. Их результаты верифицировались данными нейрофизиологических и психодиагностических (шкалы тревоги Спилбергера, депрессии Цунга, сокращенный многопрофильный опросник для исследования личности – СМОЛ) исследований различной целевой направленности. Указанный комплекс исследований проводился по стандартным методикам до и после 3-х месячного лечения.

По характеру АГТ больные разделены на 3 группы. В качестве базисной АГТ больные всех трех групп получали бета-блокатор бисопролол ($2,5-5,0$ мг/с) и диуретик гидрохлортиазид (25 мг/с). Далее больные различались по дополнительно назначаемому третьему антигипертензивному препарату (АПП): первая группа больных получала эпросартан (теве-

тен) 600мг/с, вторая - моксонидин (физиотенз) 4 мг/с, третья – амлодипин (норваск) 5мг/с. Кроме того, выделялись подгруппы больных, получавшие на фоне АГТ нейротропные или психотропные препараты и немедикаментозную коррекцию. В настоящей статье анализ динамики психологических изменений касается только подгруппы (основной, n=33) больных, леченных психотропным препаратом алпразолам в дозе 25-50мг/с. Выбор препарата обусловлен его многонаправленным клиническим эффектом – анксиолитик с антидепрессивным и вегетокорригирующим действиями, позволяющими влиять на различные психопатологические расстройства (Смулевич А.Б. и соавт., 1999). Контрольную группу (n=33) составили больные, получавшие только АГТ. Исследуемые группы были сопоставимы по исходным клинико-соматическим, неврологическим, гемодинамическим и иным параметрам.

Полученный цифровой материал обработан методами вариационной (с вычислением t-критерия Стьюдента) и непараметрической (χ^2) статистики в целом по группе, сравнительно по группам лечения и в зависимости от возраста.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходно адекватное психологическое состояние диагностировано лишь у 8 (5,6%) больных АГ. У остальных 134 (94,4%) больных диагностированы психопатологические расстройства невротического уровня. Клинически это проявлялось астенизацией, эмоциональной нестабильностью, повышенной тревожностью, выраженной конфликтностью с низкой степенью «самоодобрения», сочетающихся с эгоцентрической регуляцией эмоций и поведения, ригидностью и внешней направленностью аффективных реакций (29,6%). Депрессия была выявлена у 34,5% обследованных и проявлялась в виде «тоскливой» или «ажитированной» депрессии, причем у больных преобладали исключительно соматические жалобы, что создавало объективные трудности в диагностике этой психологической категории. Обсессивные (навязчивые) фобии, диагностируемые у больных АГ (9,9%), чаще всего были связаны со страхом развития осложнений, инвалидизации и зависимости от окружающих. Ипохондрическая фиксация на болезни имела место у больных (12,0%) со сложностями в стабилизации АД и с прогрессирующей цереброваскулярной недостаточностью. Анозогнозия (8,5%) чаще диагностировалась у молодых лиц и была связана с длительным периодом отсутствия клинических проявлений АГ.

В первой подгруппе АГТ с включением эпросартана снижение АД сопровождалось уменьшением тревоги, эмоциональной напряженности, раздражительности, улучшением сна. При этом реакция на потенциально стрессовые ситуации у больных по самооценке становилась в психологическом плане более уравновешенной ($P<0,05$). Впоследствии эта категория больных была менее подвержена ситуационной стрессиндуцированной АГ, у них не регистрировались гипертонические кризы и депрессивные тенденции ($P<0,01$). Подобная динамика отмечалась у одной трети больных, у остальных была необходимость в проведении психотерапии ($P<0,01$). Дополнение АГТ психотропным препаратом алпразолам практически у всех больных приводило к нормализации не только психологического профиля СМОЛ ($P<0,05$), но и стабилизации течения АГ без серьезных сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий («конечных точек»).

Во второй группе с включением амлодипина первым признаком улучшения психологического состояния у 25,0% больных было уменьшение резких перепадов настроения, эмоциональной возбудимости, тревожности и боязливости по мелочам, улучшение сна ($P<0,05$). Но в остальных случаях психологическое состояние больных характеризовалось сохранением тех или иных признаков психовегетативной неустойчивости. На этом фоне некоторые пациенты временами испытывали неуверенность и беспокойство, связанные с опасениями возврата симптомов заболевания в будущем, регистрировались пароксизмы тревоги. При этом психотерапия алпразоламом приводила к существенному регрессу психопатологических расстройств и устраняла вегетативную неустойчивость, по сравнению с исходными данными и с группой контроля ($P<0,05$).

В третьей группе АГТ с включением моксонидина положительная динамика психологического состояния пациентов отмечалась также в 16,7% случаев с регрессом или уменьшением степени выраженности вегетативной неустойчивости. Остальные больные нуждались в

дополнительной психокоррекции в связи с превалированием состояния психологической угнетенности ($P < 0,05$). Возможно, это было связано с одновременным приемом больными двух АГП (бисопролол, моксонидин), считающихся потенциально депрессогенными. Дополнение лечения алпразоломом сопровождалось улучшением настроения, сна, редукцией панических атак, по сравнению с исходными данными и группой контроля ($P < 0,05$). Периодические незначительные спады в настроении, тревожность зачастую были ситуационно обусловлены, проходящи и постепенно редуцировались.

Анализ «конечных точек» показал, что случаев развития гипертонических кризов, транзиторных ишемических атак, ишемического инсульта, прогрессирования ИБС, нестабильной стенокардии и недостаточности кровообращения было достоверно реже в группе АГТ ($P < 0,05$). Вместе с тем, и характер АГТ по-разному влиял на психологическое состояние больных: наиболее благоприятно было влияние эпросартана, затем амлодипина и моксонидина, так как удельный вес больных, нуждающихся в психофармакотерапии был наименьшим в группе эпросартана, затем амлодипина и относительно выше – в группе моксонидина. Проведенный анализ по группам лечения у больных АГ не выявил клинически значимых побочных эффектов и нежелательных лекарственных взаимодействий алпразолама с АГП. Более того, психофармакотерапия опосредованно потенцировала эффект базисной АГТ, что проявилось достоверно ранними сроками достижения целевого АД у 56% больных ($P < 0,01$). Доза алпразолама 25-50 мг/с не приводила к избыточной сонливости и не оказывала существенного влияния на интеллектуальные возможности пациентов. Вместе с тем в группах контроля (без алпразолама), только АГТ было недостаточно для нормализации психологического состояния и в более 75% случаев требовалась дополнительная психокоррекция ($P < 0,01$).

Выводы. Таким образом, удельный вес больных АГ, нуждающихся в психофармакотерапии, был достаточно высоким – более 75%. Базисная терапия АГ с включением антигипертензивных препаратов различного класса по-разному влияла на психологическое состояние больных: эпросартан обладал преимущественно стресспротективным эффектом, амлодипин – нормотимическим, моксонидин – вегетостабилизирующим. В целом же, только АГТ было недостаточно для полной нормализации психологического состояния. Алпразолам, включенный в комплекс лечения больных АГ, позволил не только устранить все клинические проявления невротических расстройств, но также потенцировал эффект АГТ и снижал потенциальный риск развития ишемических сердечно-сосудистых и церебро-васкулярных событий. Востребованность в психофармакотерапии была относительно выше в группе АГТ с моксонидином и несколько меньшей – в группе АГТ с эпросартаном и амлодипином.

Федоришина О.В., Куклин С.Г. Тревога, депрессия, данные суточного мониторирования артериального давления и вариабельность сердечного ритма у пожилых пациентов с артериальной гипертонией.

ГОУ ДПО «Иркутский государственный институт усовершенствования врачей», г. Иркутск

Цель. Изучить связи между параметрами суточного мониторирования артериального давления (СМАД), вариабельности сердечного ритма (ВСР) и уровнем тревоги и депрессии у пожилых пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Методика. Обследовано 102 пациента (38 мужчин и 64 женщины, средний возраст $78 \pm 5,6$ лет), с АГ 2 и 3 стадии, получавшие индивидуально подобранную антигипертензивную терапию. Всем больным проводили суточное непрерывное мониторирование артериального давления и ЭКГ (Meditech, Cardio Tens-01, Венгрия). Рассчитывали как стандартные показатели СМАД, так и количественные параметры гипотонии: индекс времени гипотонии (ИБГ), минимальное ночное САД и ДАД. Динамику тонуса ВНС изучали с помощью спектрального анализа вариабельности ритма сердца в соответствии с рекомендациями ESC/NASPE (1996): SDNN, SDANN, LF, HF, LF/HF, Total. Оценивались жалобы пациентов: общие, болевые и связанные с патологией сердечно-сосудистой системы. Заполнялся опросник

госпитальной шкалы депрессии и тревоги (HADS), на основании данных которого было выделено 4 группы: 1 группа – контрольная, 36 человек с уровнем шкал тревоги и депрессии в пределах нормальных значений, 2 группа – 39 человек с субклинически и клинически выраженным сочетанием тревоги и депрессии, 3 группа – 8 человек с субклинически и клинически выраженной тревогой, 4 группа – 19 человек с субклинически и клинически выраженной депрессией. Группы сравнимы по возрасту, по полу сопоставимы 1,3,4 группы, во 2 группе значимо преобладали женщины. Обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Использовались параметрические и непараметрические методы. Достоверность различий определяли по критериям Манна-Уитни и χ^2 , корреляционный анализ по Спирмену. Средние величины представляли в виде медианы и интерквартильного интервала. Кластерный анализ проводился методом k-средних.

Результаты. Группа с субклинически и клинически выраженными тревогой и депрессией различалась: с контрольной группой по суточным показателям SDNN (162±44,22 и 132±30,64 соответственно, $p=0,04$) и SDANN (147±47,08 и 125,5±34,66 соответственно, $p=0,006$), дневным показателям SDANN (125±47,89 и 111±25,36 соответственно, $p=0,0029$), достоверно чаще встречались жалобы во 2 группе на одышку при физической нагрузке (ФН), общую слабость, понижение трудоспособности и головокружение; с 3 группой - по показателям САД, так как в 3 группе исходно уровень давления был выше (среднесуточное САД 128,68±10,39 и 143,71±6,76 соответственно, $p=0,002$); с 4 группой – по средненочным показателям ДАД (60,47±8,38 и 67,73±8,35 соответственно, $p=0,047$), среднему АД (79,8±9,03 и 88,07±8,6 соответственно, $p=0,033$), временному индексу ДАД ($p=0,031$) и суточному SDANN (147±47,08 и 111,5±75,56 соответственно, $p=0,045$), достоверно чаще встречались жалобы на боли в области сердца, преходящие головные боли, сердцебиение. Группа с субклинически и клинически выраженной тревогой исходно отличалась от остальных групп более высокими показателями АД (среднесуточное САД в 1 группе 131,97±15,95, во 2 - 128,68±10,39, в 3 - 143,71±6,76, в 4 – 131,91±13,79) и длительностью АГ (1 группа 10±12,56, 2 группа 10±10,4, 3 группа 25±10,79, 4 группа 11±16,79 лет). Группа с субклинически и клинически выраженной депрессией достоверно различалась от 2 и 3 групп по показателям, описанным выше. Все группы отличаются между собой по внутригрупповым связям. Так у пациентов с субклинически и клинически выраженными тревогой и депрессией отмечается достоверная отрицательная корреляция между жалобами на боли в области сердца и среднесуточным пульсовым АД (Spearman -0,32, $p=0,04$) и средненочным пульсовым АД (Spearman -0,35, $p=0,03$), жалобами на шум в ушах и средненочными SDNN (Spearman -0,37, $p=0,019$) и SDANN (Spearman -0,35, $p=0,028$), жалобами на бессонницу и среднесуточными ИВГ САД (Spearman -0,37, $p=0,018$), ИВГ ДАД (Spearman -0,36, $p=0,025$) и среднедневным ИВГ ДАД (Spearman -0,36, $p=0,023$), жалобами на преходящие головные боли и дневным LF/HF (Spearman -0,38, $p=0,018$), тревогой и суточным (Spearman -0,33, $p=0,037$) и ночным RMCCD (Spearman -0,33, $p=0,038$); положительная связь дневного LF/HF с тревогой (Spearman 0,32, $p=0,043$) и с жалобами на чувство зябкости нижних конечностей (Spearman 0,35, $p=0,029$). 3 группа малочисленна, поэтому оценка корреляции сомнительна. В 4 группе отмечается положительная корреляция между жалобами на бессонницу и среднесуточным (Spearman 0,58, $p=0,009$), среднедневным (Spearman 0,56, $p=0,013$) и средненочным (Spearman 0,68, $p=0,013$) ПАД, суточным (Spearman 0,58, $p=0,009$) и ночным (Spearman 0,52, $p=0,02$) ИВГ ДАД, жалобами на сердцебиение и суточными и дневными показателями RMCCD (Spearman 0,65, $p=0,002$) и Total (Spearman 0,51, $p=0,02$), жалобами на одышку при ФН и среднесуточным (Spearman 0,50, $p=0,029$) и средненочным (Spearman 0,58, $p=0,009$) ПАД, депрессией и суточным (Spearman 0,48, $p=0,039$) и дневным (Spearman 0,56, $p=0,013$) СО ПАД; отрицательная связь выявлена между жалобами на сердцебиение и среднесуточной ЧСС (Spearman -0,47, $p=0,04$), ЧСС до (Spearman -0,49, $p=0,03$) и после (Spearman -0,58, $p=0,009$) ортостатической пробы, депрессии с ночными показателями ДАД (Spearman -0,51, $p=0,02$), среднего АД (Spearman -0,58, $p=0,009$), ЧСС (Spearman -0,50, $p=0,028$), ВИ ДАД (Spearman -0,53, $p=0,02$).

Выводы. 1) В группе с субклинической и клинически выраженной тревогой, при равенстве возраста, исходно более высокие показатели АД и больше стаж АГ, чем в других группах

2) Группы не различаются по средним значениям показателей вариабельности СМАД.

3) Внутри каждой группы выявлены различные корреляционные связи между СМАД, ВРС и шкалами опросника HADS. Отмечено, что чем выше ночные показатели СО САД и ДАД, ВГИ ДАД и ниже средненочное ДАД, тем больше значение шкалы тревоги в группе с субклинически и клинически выраженной тревогой. В 4 группе теснее связь депрессии с дневным и суточным СО ПАД, ночными показателями ДАД, среднего АД, ЧСС, ВИ ДАД. Выявлено, чем выше СО ПАД и ниже выше указанные ночные показатели, тем больше значение шкалы депрессии.

Харламова У.В. Оценка взаимосвязи биохимических, функциональных показателей миокарда, качества жизни у больных нестабильной стенокардией при внутривенной лазеротерапии

Челябинская государственная медицинская академия, г.Челябинск

Несмотря на широкое использование внутривенного лазерного облучения крови в клинике, преобладает эмпирический подход в обосновании указанного метода лечения. Многие механизмы действия, пути реализации лечебного действия внутривенного лазерного облучения крови до сих пор остаются нераскрытыми.

Оценка взаимосвязи между показателями качества жизни пациентов с нестабильной стенокардией, биохимическими, функциональными показателями миокарда и действием лазерного воздействия практически отсутствует.

Цель исследования - изучить взаимосвязь между показателями качества жизни и биохимическими, функциональными показателями миокарда у больных нестабильной стенокардией при внутривенном лазерном облучении крови.

Материалы и методы. Обследовано 100 мужчин (средний возраст 54 ± 1 год) с нестабильной стенокардией (НС), поступивших в кардиологическое отделение ГКБ № 8 г. Челябинска в период 2004-2006 г. Все больные были сопоставимы по возрасту, полу, сердечно-сосудистому анамнезу и получали стандартную терапию. Критерии включения в исследование – клинические признаки НС, возраст 40-65 лет, мужской пол, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения – лабораторные, инструментальные признаки инфаркта миокарда на момент поступления, аритмии на момент поступления (фибрилляция предсердий, трепетание предсердий, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция желудочков, ЖЭС III градации и выше по Лауну, атриовентрикулярная блокада II степени и выше), хроническая сердечная недостаточность IIА стадии и выше, онкозаболевания, острые инфекции, анемия, геморрагические диатезы, внутрисосудистый гемолиз, психические заболевания (Москвин С.В. и др., 2003). Методом сплошной выборки с помощью генератора случайных чисел пациенты рандомизированы на 2 группы. В группе вмешательства ($n=49$) проводили внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК), в группе сравнения ($n=51$) – плацебо-вмешательство. Эффект плацебо обеспечивался введением плацебо-световода в кубитальную вену без подключения генератора лазерного излучения. В группу здорового контроля включили 28 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста. Сроки начала проведения курса лазеротерапии - 2 сут. с момента госпитализации, длительность курса – 7 ежедневных процедур. Экспозиция излучения – 30 минут на одну процедуру. Для ВЛОК использовали аппарат АЛОК-1 (длина волны 630 нм; мощность излучения на выходе гибкого световода 1 мВт). Всем больным на 2 и 9 сутки определяли концентрации общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХсЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХсЛПВП), нитритов(NO_2), нитра-

тов(NO₃), супероксиддисмутаза (СОД), ТБК-положительных продуктов (ТБК). Толерантность к физической нагрузке оценивалась с помощью велоэргометрической пробы (ВЭМ), теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ). ВЭМ проводилась по протоколу Брюса на 16-18 сутки от начала госпитализации. ТШХ проводился на 9 сутки и через 3 месяца после выписки из стационара. Качество жизни (КЖ) изучалось при помощи русской версии опросника «Nottingham Health Profile», оценивающего основные параметры КЖ: энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, физическую активность, сон и социальную изоляцию. Оценка параметров КЖ проводилась на 2 сутки, 9 сутки и через 3 месяца после выписки из стационара. Результаты обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica» 6,0. При анализе материала рассчитывались средние величины (M), стандартная ошибка среднего (m). Статистическая связь между количественными показателями выявлялась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У больных НС после внутривенной лазеротерапии выявлены отрицательные взаимосвязи между количественной оценкой болевых ощущений на 9 сутки и ТШХ, выполненным на 9 сутки ($R = -0,28$, $p < 0,05$); количественной оценкой болевых ощущений через 3 месяца после госпитализации и мощностью выполненной нагрузки при ВЭМ ($R = -0,29$, $p < 0,05$); временем непрерывной нагрузки при ВЭМ ($R = -0,3$, $p < 0,05$). Количественная оценка физической активности на 2 сутки отрицательно коррелировала с суммарной концентрацией метаболитов оксида азота ($R = -0,28$, $p < 0,05$), а через 3 месяца после выписки из стационара выявлена отрицательная взаимосвязь с величиной пройденной дистанции через 3 месяца ($R = -0,28$, $p < 0,05$); общим временем непрерывной нагрузки при ВЭМ ($R = -0,26$, $p < 0,05$). Показатель качества сна на 2 сутки положительно коррелировал с ИМТ ($R = 0,3$, $p < 0,05$). На 9 сутки показатель качества сна положительно коррелировал с ИМТ ($R = 0,28$, $p < 0,05$) и отрицательно – с суммарной концентрацией метаболитов оксида азота ($R = -0,31$, $p < 0,05$); временем непрерывной нагрузки ($R = -0,3$, $p < 0,01$) и мощностью нагрузки при ВЭМ ($R = -0,34$, $p < 0,01$). Показана отрицательная корреляция между количественным показателем энергичность на 9 сутки величиной пройденной дистанции на 9 сутки ($R = -0,26$, $p = 0,05$).

В группе пациентов с НС, получавших внутривенное «плацебо»- лечение выявлены отрицательные взаимосвязи между количественной оценкой болевых ощущений на 9 сутки и мощностью выполненной нагрузки ($R = -0,33$, $p < 0,01$); временем непрерывной нагрузки при ВЭМ ($R = -0,33$, $p < 0,01$). Количественная оценка физической активности на 2 сутки отрицательно коррелировала с концентрацией нитратов ($R = -0,36$, $p < 0,01$), суммарной концентрацией метаболитов оксида азота ($R = -0,3$, $p < 0,01$) определенных на 2 сутки.

По результатам корреляционного анализа у больных НС с лазеротерапией выявлены положительные корреляционные связи между ИМТ и количественной оценкой качества сна, т. е. чем выше ИМТ, тем хуже качество сна пациента. У пациентов с ожирением часто выявляются те или иные дыхательные нарушения: повышение механической работы дыхания, ослабление силы дыхательных мышц, снижение функциональной резервной емкости и форсированной жизненной емкости легких, резервных объемов вдоха и выдоха. Эти осложнения часто приводят к вентилиционно-перфузионному разобщению, особенно в положении лежа, что проявляется синдромом обструктивного апноэ сна. Многократные остановки дыхания приводят к уменьшению длительности стадии глубокого сна, увеличению стадии поверхностного сна, повышению двигательной активности, внезапным пробуждениям, избыточной дневной сонливости, что вызывает ухудшение качества сна пациентов (Овчинников А.Г., 2004).

Выявленная отрицательная корреляционная связь между количественным показателем сна и NO сум показывает, что при увеличении концентрации конечных метаболитов NO у пациентов с НС группы вмешательства улучшается качество сна. В ряде исследований показано, что NO участвует в контроле осцилляторной активности нейронов и системе внутри- и межклеточной сигнализации, воздействуя на клетки глиии или окружающие нейроны; регулирует выход нейромедиаторов; принимает участие в модуляции взаимоотношений в системе гипоталамус–эпифиз–надпочечники; снижает тревожность; повышает устойчивость орга-

низма к эмоциональному стрессу, следствием чего является улучшение качества сна (Викторов И.В. 2000).

У пациентов, получивших курс ВЛОК, отмечена отрицательная корреляционная связь между количественной характеристикой шкалы «сон» и временем непрерывной нагрузки, мощностью выполненной нагрузки. При нарушении качества сна, проявляющимися различными вариантами его нарушений, у пациентов имеет место беспокойный, «неосвежающий» сон, избыточная дневная сонливость, нарушение суточного профиля АД, возможно развитие нарушения коронарного кровотока с развитием эпизодов ишемии миокарда (Воронин И.М., 2004). Указанные изменения вносят ограничения при выполнении пробы с физической нагрузкой, что отражается на показателях ВЭМ.

У больных НС группы вмешательства выявлена отрицательная корреляционная связь между уровнем болевых ощущений на 9 сутки и величиной пройденной дистанции за 6 минут на 9 сутки; энергичностью на 9 сутки и величиной ТШХ через 3 месяца после выписки из стационара; физической активностью через 3 месяца и ТШХ через 3 месяца после выписки из стационара. Данный факт согласуется с условиями выполнения методики – время, связанное с отдыхом пациента, вследствие усталости, возникновением болевых ощущений, заставляющих пациентов останавливаться, входит в интервал времени проводимого теста; соответственно, чем больше пациент останавливается, тем меньше окажется величина пройденной дистанции.

У пациентов с НС с лазеротерапией выявлены отрицательные корреляционные связи между уровнем болевых ощущений через 3 месяца после выписки из стационара и показателями ВЭМ (мощностью выполненной нагрузки, временем непрерывной нагрузки). У пациентов группы плацебо получены отрицательные корреляционные связи между уровнем болевых ощущений на 9 сутки и мощностью выполненной нагрузки, временем непрерывной нагрузки. Данный факт свидетельствует, что чем больше мощность нагрузки, время непрерывной нагрузки, тем больше коронарный резерв пациента, тем адекватнее осуществляется кровоснабжение миокарда без возникновения ишемических реакций, клинически проявляющихся приступами стенокардии как при выполнении ВЭМ-пробы, так и в условиях повседневной активности пациентов после выписки из стационара.

Выявлена отрицательная корреляционная связь между показателем физической активности через 3 месяца после выписки из стационара и временем непрерывной нагрузки по данным ВЭМ. Длительное непрерывное выполнение ВЭМ-пробы свидетельствует об адекватной реализации как коронарно-миокардиальных резервных мощностей, так и экстракардиальных факторов повышения эффективности гемодинамики не только миокарда, но и всего организма в целом, включая поперечно-полосатую мускулатуру. Увеличение экстракции кислорода периферическими тканями приводит к активации аэробных процессов, увеличению синтеза АТФ, повышению выносливости и физической активности пациентов (Васильев А.П и др., 1997).

У пациентов обеих групп выявлены отрицательные корреляционные связи между количественной оценкой шкалы «физическая активность» на 2 сутки и концентрацией NO сум, NO3 (группа-плацебо), т. е. чем выше концентрация конечных метаболитов оксида азота, тем выше физическая активность пациентов. У больных ИБС несостоятельность коронарного кровообращения является лимитирующим фактором их функционального состояния (Васильев А.П и др., 1997). В ряде исследований показано, что вызываемая физической нагрузкой дилатация коронарных и эпикардиальных сосудов опосредуется повышенным образованием NO. Изменения под влиянием NO коронарного кровотока и перфузионного давления в сердце участвуют в регуляции его работы (сократимости) через изменение внутриклеточной концентрации кальция с реализацией положительного инотропного эффекта, улучшением перфузии периферических органов и тканей, повышением физической активности пациентов (Марков Х.М., 2001).

Заключение. Таким образом, доказано существование тесной взаимосвязи между показателями качества жизни пациентов с нестабильной стенокардией, толерантности к физической нагрузке, нитроксидагической системы и действием лазерного облучения крови.

Ходжаев А.И., Салимова Н.Р., Сарманов Ф.А. Особенности невротических расстройств у больных артериальной гипертонией в зависимости от возраста и половой принадлежности.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан, Ташкент

Цель: изучение особенностей невротических расстройств у больных АГ в зависимости от возраста и пола.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 142 больных АГ, мужчин было – 97 (68,3%), женщин - 45 (31,7%), в том числе в возрасте от 25 до 44 лет (I возрастная группа по градации ВОЗ) – 29 (20,4%) больных, от 45 до 59 лет – 87 (61,3%) больных (II возрастная группа), и от 60 до 74 лет – 26 (18,3%) больных (III возрастная группа). Для диагностики психологических расстройств использованы следующие методики: клиническая беседа-интервью, опросник Рея-Холмса, шкалы тревоги Спилбергера и депрессии Цунга.

Результаты исследования: По исходным данным адекватное психологическое состояние выявлено лишь у 8 (5,6%) больных, а у 134 (94,4%) больных были диагностированы различные психологические расстройства невротического уровня, негативно влияющие на течение болезни. Причем в трех возрастных группах были выявлены значительные различия по частоте встречаемости невротических синдромов. Так, тревога в целом по контингенту была диагностирована у 42 (29,6%) больных, в том числе в I возрастной группе у 8 (5,6%), во II- у 26 (18,3%), в III – у 8 (5,6%), т.е. оказалась наибольшей в средней возрастной группе. Тревожно-депрессивный синдром наблюдался у 49 (34,5%) больных и также больше во II возрастной группе – 30 (21,1%) случаев, нежели I (8-5,6%) и III – 11(7,7%) ($P<0,01$). Ипохондрия развивалась у 17 (12,0%) больных, причем в два раза чаще во II возрастной группе – 10 (7,0%), нежели в III – 5 (3,5 %), и в 3,5 раза чаще, чем в I возрастной группе - 2 (1,4%) ($P<0,01$). Анозогнозия выявлена у 12 (8,5%) больных, причем преимущественно у лиц молодого (5-3,5%) и среднего (7- 4,9%) возраста ($P<0,01$). Обсессивно-фобический синдром отмечался в 14 (9,9%) случаях, при этом в пять раз чаще во II возрастной группе - 10 (7,0%), нежели в I и III (1,4%) возрастных группах ($P<0,01$). У мужчин достоверно превалировала тревога, анозогнозия и ипохондрия ($P<0,05$), у женщин - тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический синдромы ($P<0,05$) и у обоих полов невротические расстройства чаще наблюдались во II возрастной группе ($P<0,01$), т.е. у лиц с наибольшим трудовым, творческим потенциалом и уровнем социальной востребованности.

Выводы: Таким образом, больным АГ необходимо проводить психологические исследования, так как у большинства из них развиваются различные невротические расстройства, негативно влияющие на течение болезни. Причем они имеют определенные половозрастные особенности: тревожно-депрессивные и фобические расстройства превалирует у лиц трудоспособного и социально активного возраста, анозогнозия более характерна для молодых; у мужчин преобладает тревога и анозогнозия, а женщины в большей степени подвержены депрессии и фобиям. Такую структуру психологических расстройств необходимо учитывать при подборе гипотензивной и психокорректирующей терапии.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Атаманов В.М., Салимгареева В.Ф. Эмоциональное состояние больных сахарным диабетом и его отражение в психосемантических показателях

ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрави», ПМКПБ, Пермь

Исследование только соматических сдвигов при хронической патологии, какой является и сахарный диабет типа 1 (СД-1) недостаточно для понимания всей сложности симптомов заболевания. Патология тела оказывает непосредственное, и, также, опосредованное влияние на психику. Это обстоятельство возродило интерес к психосоматическому подходу в клинической медицине [3]. Одной из важнейших задач терапии является формирование адекватной внутренней картины болезни (по А.Р.Лурии), что позволяет избежать «второй» болезни – «нозогении» [4]. Длительное повышение эмоционального напряжения ведет к деформации мотивационной сферы личности. Мотивационные и интрапсихические конфликты ведут к снижению уровня фрустрационной толерантности, изменению реагирования на фрустрационную ситуацию, что может явиться фактором психогенеза развивающегося заболевания. Одним из методов оценки психологического состояния личности является исследование продуцируемой речи человека, что может косвенно характеризовать содержание его сознания [Т.Н. Ушакова, В.В.Латыпов, А.А.Павлова, Н.Д.Павлова, 1995]. Мозг человека обладает способностью выводить вовне (экстериоризировать) образующиеся в нем внутренние активные состояния. Основной функцией мозга является выражение интенционального содержания, намерений, целей личности. Психосемантические методы дают возможность построить семантическое пространство, координатные оси которого выступают основаниями категоризации, которые субъект может использовать неосознанно.

Целью нашей работы явилась фоносемантическая оценка неструктурированных свободных ассоциаций больных сахарным диабетом 1-го типа (СД-1), сравнение этой оценки с уровнем эмоциональных нарушений, определяемых клинически и по опросникам.

Материалы и методы. Наблюдались 337 больной СД-1 и 64 здоровых в возрасте от 15 до 72 лет (189 мужчин и 212 женщин). Нами были выделены 6 групп: 1-я (мужская) – 74 и 2-я (женская) – 99 пациента с СД-1, которые обучались в «школе диабета», 3-я группа (мужская) – 86 и 4-я (женская) – 78 больных СД-1, которые не проходили обучения. Контрольные группы (здоровые лица): 5-я – 29 мужчин и 6-я – 35 женщин. Исследование проводили в первые 3 дня от поступления в эндокринологическое отделение методом свободных (неструктурированных) ассоциаций: больные произносили и записывали 10 слов, которые первыми пришли им на память. Для обработки мы использовали методы контент-анализа, интент-анализа и фоносемантической оценки. При методе контент-анализа нами применялся сплошной и сегментарный количественный подсчет, формировались из общего количества слов смысловые контент-единицы (категории). В последующем проводился сравнительный анализ при помощи критерия Фишера. При интент-анализе мы определяли смысловое, эмоциональное содержание слов, неявных или скрытых значений. Нами проведен анализ слов по фоносемантическим характеристикам с помощью системы ВААЛ с использованием антонимичных прилагательных русского языка в 24 шкалах [5]. Неосознаваемое эмоциональное воздействие фонетических структур на подсознание человека оценивают с помощью системы ВААЛ. Для оценки эмоциональных нарушений, нами использовался тест Бека с подсчетом уровня депрессии в баллах [6], тест САНТ [модификация ВКНЦ, 1987]. Алекситимию рассматривают как фактор риска многих заболеваний с явным психосоматическим компонентом. Это психологическое состояние измеряется с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS) и характеризуется затруднением или неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания [1]. Отсутствие интеллектуальной переработки появляющихся симптомов болезни приводит к фиксации отрицательного эмоционального состояния и является источником стойких соматических изменений в организме.

Результаты. Фоносемантическая оценка: 1-я группа СД-1 - текст производил впечатление страшного, шероховатого, угловатого; 2-я группа СД-1 – впечатление - страшного, шероховатого, злого, грубого, мужественного, могучего; 3-я – текст – впечатление страшного, величественного, грубого, мужественного, сильного, громкого, храброго, могучего; 4-я текст не обладал выраженными фоносемантическими характеристиками. Фоносемантическая оценка контрольных групп: 5-я группа (мужчины) – впечатление грубого, мужественного; 6-я группа (женщины) – текст производил впечатление шероховатого угловатого, быстрого.

Как следует из вышеперечисленных данных, на первый план выходили гендерные различия. В группах мужчин (1, 3, 5) преобладали характеристики: грубый, мужественный, храбрый могучий. В группах женщин (2, 6) – характеристики страха, шероховатости, угловатости, а у женщин, не обученных в школе диабета (4 гр.) не выявилось значимых фоносемантических характеристик. При попытке сформировать смысловые контенты выраженных различий не выявилось. Основные смысловые блоки имелись во всех группах: семья, карьера, природа, пространство, обстановка, время, цвет, деньги, ощущения, негативные эмоции, позитивные эмоции, физиологические состояния. В результате интент-анализа текста в группах женщин, страдающих СД-1, преобладали слова, явно претендующие на выраженную эмоциональность (радость, страх, ненависть). Наибольшая концентрация негативных эмоций (страх, волнение, неопределенность) нами выявлялась в группе женщин, обучавшихся в школе диабета. В группах мужчин чаще встречались слова внешне без выраженной эмоциональной окраски, но интенционально содержащие эмоциональное отношение, преимущественно положительное. Это слова, относились преимущественно к категориям спорта, отдыха, личных отношений. В контрольных группах, как в мужской, так и в женской, преобладали слова описательного, нейтрального характера. Это, как правило, описание обстановки, окружающих предметов, либо описание событий из повседневной профессиональной, учебной жизни.

Средние показатели уровня депрессии по шкале Бека: 1-я группа – $10,04 \pm 1,06$ балла; 2-я – $12,55 \pm 0,83$ б.; 3-я – $15,18 \pm 2,02$ б.; 4-я – $12,36 \pm 1,29$ б.; 5-я – $6,73 \pm 1,07$ б.; 6-я – $10,4 \pm 1,02$ б. Достоверные отличия по выраженности депрессии выявлены в мужских группах - между больными диабетом (1 и 3 гр.) и здоровыми (5 гр.), а также между 2-й женской группой и контролем (6 гр.). Клинически значимые депрессивные состояния (более 19 баллов по Беку) выявлялись у 23% мужчин, проявлялись преимущественно в период нарастания сосудистых и полиневральных осложнений диабета. У 21% женщин с СД-1 также выявлялись выраженные явления депрессии (более 19 баллов по Беку), но они были выражены в первые месяцы (до 1 года), что мы расценивали как ситуационную реакцию. Эта реакция со временем купировалась при реализации обучающей программы «школы диабета», приобретения опыта жизни в условиях заболевания. При нарастании осложнений, в терминальной стадии диабета для женщин была характерна большая жизнестойкость, меньший процент развития аффективных состояний, чем в мужских группах. Сходные с уровнем депрессии данные получены при оценке уровня тревоги (Т), определяемой с помощью методики САНТ: 1 гр. – $27,94 \pm 1,11$ б., 2 гр. – $26,75 \pm 0,88$ б., 3 гр. – $28,83 \pm 1,15$ б., 4 гр. – $26,65 \pm 1,38$ б., 5 гр. – $24,23 \pm 1,05$ б., 6 гр. – $26,09 \pm 1,09$ б. Достоверное отличие только между группами мужчин с СД-1 (1, 3) и мужской контрольной группой (5). Оценка уровня самочувствия, активности, настроения (методика САН) свидетельствует о достоверном различии между клиническими группами и контрольными, без гендерных различий. При исследовании уровня алекситимии с помощью Торонтской алекситимической шкалы было найдено достоверное отличие между группами с СД-1 (мужскими и женскими) и контрольными данными. Гендерных отличий по уровню алекситимии найдено не было.

Обсуждение. Речь сигнализирует о психическом состоянии больного, переживаниях, мыслях, личностных особенностях говорящего и пишущего человека. Мозг человека обладает способностью экстерниоризировать образующиеся в нем активные состояния. С помощью семантического пространства исследователь проникает во внутренний мир пациента, здорового человека, происходит «вчувствование» в сознание субъекта. Вероятно, возникающие

эмоции, оценки происходящего с больным человеком корректируются механизмами психологической защиты. Так как психические функции формируются в результате интериоризации деятельности, практикуемых первоначально вовне, то для адаптации к жизни в условиях заболевания необходимо обучение в «школе диабета». С течением времени, и при усвоении пациентом обучающих программ роль психологического фактора становится менее значимой. При возникновении и, особенно, активном прогрессировании сосудистых и полиневральных осложнений СД-1, происходит формирование психопатологических синдромов (астено-депрессивного, обсессивно-фобического, паранойяльного и др.), которые значительно ухудшают функционирование организма, снижают качество жизни пациентов. Нами выявлена слабая зависимость между продукцией негативно окрашенных экспрессивных речевых единиц и выраженностью депрессивного состояния, тревожности. По-видимому, на психосемантическую характеристику произносимых слов влияет множество факторов, а не только уровень депрессии и тревоги. Можно предполагать вытеснение нежелательных эмоций в подсознание с помощью механизмов психологической защиты. Весьма значимым в нашей работе оказался гендерный фактор. Женщины и мужчины с СД-1 неоднозначно реагировали на возникновение и прогрессирование СД-1. У пациенток большую роль играли факторы среды, сравнение своего здоровья с «близким окружением», что часто, особенно в начале болезни, провоцировало отрицательную ситуационную эмоциональную реакцию. У пациентов на начальном этапе болезни преобладал анализ изменившегося состояния организма, и лишь при возникновении серьезных осложнений возникало ощущение «безвыходности» [В.М. Атаманов 2006, 2007].

Выводы. Пациентки, обучавшиеся в школе диабета, в наибольшей степени продуцируют негативно окрашенные экспрессивные речевые единицы, по-видимому, за счёт вытеснения ранее подавляемых и негативных эмоций на более осознаваемый уровень, однако это не нашло отражения в уровнях депрессии и тревоги. В группах больных СД-1 не прошедших обучение, без осознаваемой пациентом адекватной коррекции диабета, вероятно, углубляется процесс отрицания, вытеснение в подсознание связанных с болезнью негативных эмоций. В результате психосемантической оценки текста, уровню аффективных нарушений, как больными СД-1, так и здоровыми лицами, нами выявлены существенные гендерные отличия. Достоверные отличия по уровню аффективных нарушений выявлены только в мужских группах между больными СД-1 и здоровыми. В женских группах достоверного отличия по выраженности депрессии не получено за счет достоверно повышенной (в сравнении со здоровыми мужчинами) аффективности, эмоциональной неустойчивости в женской контрольной группе. Достоверно повышен уровень алекситимии у пациентов с СД-1 в сравнении со здоровыми, без гендерных различий.

Бунаева Ю.С., Дик О.Г., Мартынович Н.Н. Психосоматические нарушения у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа Иркутской области

ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, кафедра Педиатрии №1, ГУЗ ИГОДКБ, г. Иркутск

Сахарный диабет находится в центре внимания современной медицины в связи с ее важной ролью, определяющей прогноз и исход заболевания. Установлено, что в формировании сахарного диабета важное значение имеют стрессы и отрицательные переживания особенно у детей. Ряд исследователей подчеркивают значимость психоэмоциональных нарушений, во многом определяющих клиническую картину болезни. В связи с этим, актуальным является поиск комплекса мероприятий для коррекции психосоматических нарушений у детей и подростков, больных сахарным диабетом; новых психодиагностических методов для изучения психохарактерологических особенностей пациентов с сахарным диабетом.

При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, инсулинотерапии, не в полной мере используется психотерапия, самоконтроль, что приводит к усложнению, неблагоприятному течению и хронизации психосоматических расстройств с нарушениями развития личности по психосоматическим типам.

В зависимости от личностных особенностей, по разному развивается «внутренняя картина болезни», имеющая большое значение в понимании поведения больного и помогающая врачу вовремя и правильно корректировать субъективные переживания.

Формирование научного направления по разработке и использованию методов клинической психологии и психотерапии в соматической медицине в целом является весьма перспективным.

Психологические проблемы, возникающие при сахарном диабете, делают актуальной разработку и осуществление комплекса мероприятий для коррекции психосоматических нарушений у детей и подростков, больных СД.

В Иркутской области на 2007 год зарегистрировано 256 больных сахарным диабетом от 0 до 16 лет, из них впервые выявленный у 37 детей.

Цель работы – изучить психосоматические нарушения у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа в Иркутской области и разработать на этой основе комплекс реабилитационных мероприятий.

Методы: дети и подростки, больные сахарным диабетом 1 типа от 7 до 15 лет, находящиеся на лечении и обследовании в пульмоэндокринологическом отделении Иркутской Областной Детской Клинической Больницы и состоящие на «Д» учете в поликлиниках г. Иркутска и Иркутской области. Контрольную группу составят 100 здоровых детей – учащиеся школы №75 г. Иркутска, школы №8 г. Зима, школа №1 г. Усть-Орда в возрасте от 7 до 15 лет.

Проводимые в работе блоки исследования: нейропсихологический, патопсихологический, проективный, психодинамический позволяют дать оценку психосоматических нарушений у детей разных возрастных групп с сахарным диабетом в различных периодах заболевания: дебют СД, стадия компенсации, субкомпенсации, декомпенсации; и на этой основе разработать и внедрить в практику методы реабилитации детей с СД.

Ларёва Н.В., Говорин А.В., Лузина Е.В. Депрессивные расстройства у женщин в постменопаузе и их влияние на клиническое течение климактерия

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Об актуальности проблемы депрессий свидетельствуют эпидемиологические данные: по сведениям ВОЗ, 18-25% женщин и 8-11% мужчин хотя бы один раз в жизни переносят отчетливый депрессивный эпизод [Смулевич А.Б., 2001]. Особого внимания заслуживают психопатологические расстройства у женщин. Исследования последних лет в области изучения психических расстройств, связанных с репродуктивным циклом, показывают, что биологическим фоном для формирования этих расстройств являются резкие изменения гормонального фона и активности гипоталамо-гипофизарной системы, сопровождающиеся трансформацией уровня активности периферического эндокринного аппарата. Установлено, что наступление менопаузы повышает риск депрессии у женщин, в том числе не имевших ранее расстройств настроения, в несколько раз [Fugate Woods N., 2006]. Возникновение климактерических расстройств, их дальнейшее течение, а также характер психических нарушений во многом зависят от преморбидных личностных особенностей, определяющих способность бороться со сложностями и адаптироваться в сложившейся ситуации [M.F. Lin, 2007]. Данные о частоте встречаемости депрессии у женщин в постменопаузе противоречивы: по данным Н.А. Тювиной (1993), тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) в климактерическом периоде встречаются у 40,6% женщин, по данным М.Н. Абдулкадыровой (2003) – в 95,8% случаев. Однако не до конца изучена взаимосвязь аффективных расстройств с особенностями клинического течения постменопаузального периода, с типом менопаузы (хирургическая, естественная), а также степенью выраженности нарушений качества жизни у данной категории больных. Большинство исследователей солидарны во мнении, что у всех женщин в постменопаузе следует проводить скрининг депрессивных расстройств, причем с этой целью

могут быть использованы как стандартные шкалы для психометрического тестирования, так и широко распространенная шкала оценки модифицированного менопаузального индекса.

В последние годы получено множество доказательств того, что тревога и депрессия не только часто встречаются при различных соматических заболеваниях, осложняя их клиническое течение, но и ухудшают прогноз у этих больных [Говорин А.В., 1991; Горбунов В.В., 2001]. Рядом авторов наличие депрессии рассматривается как фактор риска атеросклероза, артериальной гипертонии, ИБС, аритмического синдрома, а также как предиктор сердечно-сосудистых катастроф [Краснов В.Н., 2002, А.А. Ariyo, 2000]. Важно отметить, что негативное влияние на прогноз оказывает не только большая депрессия, но и маловыраженная депрессивная симптоматика. Сведения о влиянии аффективных расстройств на клиническое течение постменопаузального периода и прогноз в доступной литературе немногочисленны. Так, М.И. Tolea и соавт. (2007) установили, что наличие симптомов депрессии ассоциировано с повышенным риском постменопаузального остеопороза и переломов, причем даже в том случае, если все остальные факторы риска хорошо контролируются. С. Kin и соавт. (2005) показано, что у женщин в постменопаузе с депрессивной симптоматикой была выше средняя ЧСС и ниже вариабельность сердечного ритма, что, по мнению авторов, может лежать в основе связи между депрессией и повышением сердечно-сосудистого риска у этой категории больных. При попытке установить наличие взаимосвязи между выраженностью депрессивной симптоматики и липидными нарушениями, С.С. Chen и соавт. (2006) такой связи не выявили. Таким образом, проблема взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств с особенностями течения постменопаузального периода, а также с прогнозом развития ССЗ у женщин в постменопаузе, несмотря на достаточно интенсивное изучение, пока далека от разрешения.

Целью нашего исследования было изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств у женщин в постменопаузе и их взаимосвязи с типом менопаузы, наличием артериальной гипертонии, особенностями суточного профиля АД, течением климактерического периода и функциональным состоянием эндотелия, состоянием системы «перекисное окисление липидов (ПОЛ) – антиоксиданты» и иммунологическим статусом, а также оценка эффективности психофармакокоррекции антидепрессантами (азафеном).

Материал и методы исследования. В исследование включены 203 женщины, находившихся в состоянии постменопаузы (естественной или хирургической) и имевших клинические и лабораторные (уровень ФСГ в крови более 30 МЕ/л при снижении концентрации эстрадиола) признаки эстрогенового дефицита. Критериями исключения из исследования явились: сохраненная менструальная функция; дебют артериальной гипертонии в репродуктивном возрасте; ряд соматических и эндокринных заболеваний в стадии декомпенсации, эндогенная депрессия. Контрольную группу составили 35 здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией, сопоставимые по возрасту. Всем пациенткам проводилось тщательное общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Психический статус и его динамика в процессе лечения оценивались клинически и с использованием психометрических инструментов – шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и теста Спилбергера-Ханина для оценки личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) тревожности. Суточное мониторирование АД проводилось с помощью аппарата «Cardionens-01» фирмы Meditech, Венгрия. В зависимости от величины степени ночного снижения АД (СНС АД) больного относили к той или иной группе по профилю АД: дипперы (dippers) – СНС от 10% до 20%; nondипперы (nondippers) – СНС от 0 до 10%; найтпикеры (nightpeakers) – СНС ниже 0; гипердипперы (overdippers) – СНС более 20%. С целью исследования нитроксидпродуцирующей функции эндотелия определяли содержание нитрита/нитрата в сыворотке крови по методу П.П. Голикова, 2000. Для оценки эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) проводили УЗ-доплерографию плечевой артерии с помощью аппарата «Sharp» в условиях пробы с реактивной гиперемией. Изучали концентрацию в крови начальных, промежуточных и конечных интермедиатов ПОЛ по методу И.А. Волчегорского, 1989; активность каталазы в сыворотке крови и эритроцитарных мембранах. Для количественного определения фактора некроза опухолей α (ФНО- α), интерлейкина 4 (ИЛ-4) и интерлейкина 1 β (ИЛ-1 β) использо-

вались наборы для иммуноферментного анализа (ИФА) ООО «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft) с использованием методов непараметрической статистики. Для оценки различия между несколькими группам применялись критерии Крускаллы-Уоллиса и Дана, при проведении парных сравнений (до и после лечения) использовали критерий Вилкоксона. Для сравнения дискретных величин применялся критерий χ^2 квадрат. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Различные психопатологические нарушения были диагностированы у 168 (82,8%) пациенток. Проведенное психометрическое тестирование показало, что выявленные депрессивные расстройства имеют различную степень выраженности. Легкая степень тяжести была диагностирована в 40,4% случаев, умеренная – у 37% и тяжелая у 5,4% больных. Суммарная распространенность ТДР в группах пациенток с естественной и хирургической менопаузой была одинаковой. Установлено, что у женщин с естественной менопаузой чаще формируются умеренно-выраженные и тяжелые ТДР (59% против 29,5% в группе пациенток с хирургическим климаксом, $p < 0,05$), тогда как у пациенток, перенесших овариэктомию, чаще выявлялись ТДР легкой степени выраженности (45,1% против 29,5% у женщин в состоянии естественной менопаузы, $p < 0,05$). Выявленные различия выглядят несколько парадоксально, поскольку, безусловно, у оперированных женщин климактерический период протекает более тяжело, ярче выражена вегетативная симптоматика, определенный вклад вносит и сам факт операционной травмы. У этих пациенток менопауза наступает внезапно, на фоне сохраненной до этого эстрогенпродуцирующей функции яичников. Однако при детальном анализе удалось выявить, что у женщин с естественной постменопаузой вегетативные и аффективные нарушения начинали формироваться уже в пременопаузальном периоде, за 2-3 года до прекращения менструальной функции. Ни одна из обследованных женщин не обращалась по этому поводу за медицинской помощью и не получала никакой коррекции. К моменту наступления постменопаузы указанные нарушения, существуя достаточно длительный период времени, достигали умеренной и выраженной степени.

Суммарная распространенность ТДР в группе больных с артериальной гипертензией была несколько выше, чем в группе пациенток с нормальными цифрами АД – 88,6% и 78,3%, соответственно ($P < 0,01$). При отсутствии артериальной гипертензии среди пациенток, у которых были выявлены аффективные расстройства, преобладали женщины с ТДР легкой степени (49,6%), тогда как среди тех больных, у которых синдром артериальной гипертензии был сформирован, подавляющее большинство составили лица с ТДР умеренной и тяжелой степени. Частота выявляемости ТДР зависела также и от типа суточного профиля АД: чаще всего указанные расстройства встречались в группе нондипперов (93,75%), выявленная разница с другими группами статистически значима ($P < 0,05$). Среди дипперов число больных с легкими ТДР и ТДР умеренной и тяжелой степени было практически равным; в группе же пациенток-гипердипперов, при самой низкой суммарной частоте встречаемости ТДР (70,6%) наибольшим было количество пациенток с умеренно-выраженными и тяжелыми аффективными расстройствами (47,1%). В группе пациенток-найтпикеров, которая была немногочисленной (всего 4 человека) у всех больных выявлена депрессивная симптоматика умеренной и тяжелой степени выраженности. Кроме особенностей колебаний АД, мы изучили проявления нейровегетативных симптомов климактерического синдрома у женщин с ТДР различной степени выраженности и без них. Эти проявления оценивались как качественные показатели, и при анализе обнаружено, что у пациенток с умеренно-выраженными и тяжелыми ТДР, в сравнении с женщинами в постменопаузе с легкими ТДР и без них, а также со здоровыми женщинами репродуктивного возраста чаще встречаются такие симптомы, как головные боли, вестибулопатии, сердцебиение в покое, приливы жара, непереносимость высокой температуры, потливость, повышенная возбудимость, нарушения сна ($P < 0,05$). Именно поэтому в указанной группе практически у всех женщины установлен климактерический синдром средней и тяжелой степени (при оценке с помощью шкалы модифицированного менопаузального индекса Куппермана-Уваровой).

В литературе имеются данные, что разбалансировка в системе «ПОЛ-антиоксиданты» наступает при психо-эмоциональном стрессе у больных различными формами ИБС, что обусловлено активацией симпатoadренальной системы. Известно, что при тревоге и депрессии также наступают сдвиги в деятельности вегетативной нервной системы, что может реализовываться через дисбаланс процессов липопероксидации и антирадикальной защиты. В связи с этим на следующем этапе нашего исследования мы оценили характер изменений в системе «ПОЛ-антиоксиданты» у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия и тяжести ТДР. Обследованные женщины были распределены следующим образом: первую группу составили 35 (17,2%) пациенток без каких-либо психопатологических расстройств; во вторую группу вошли 82 (40,4%) женщины с аффективными расстройствами легкой степени; 86 (46,4%) пациенток с умеренно выраженной и тяжелой депрессивной симптоматикой составили третью группу. Установлено, что у всех женщин в постменопаузе наблюдается активация процессов липопероксидации при одновременном снижении мощности систем антирадикальной защиты. Кроме того, выявлено, что указанные сдвиги находились во взаимосвязи с наличием и степенью выраженности ТДР: в группе пациенток, имевших легкие ТДР, практически не обнаружено достоверных отличий по параметрам системы «ПОЛ-антиоксиданты» от группы женщин в постменопаузе без аффективных расстройств. В то же время в группе пациенток, имевших умеренно-выраженные и тяжелые ТДР, степень активации процессов ПОЛ была максимальной. Содержание начальных продуктов ПОЛ в 3 группе было на 94% выше, чем в контрольной группе и в среднем на 27% выше, чем в группах 1 и 2 ($P < 0,05$). Концентрация конечных продуктов ПОЛ также была максимальной в группе женщин в постменопаузе, имевших умеренно-выраженные и тяжелые ТДР: содержание оснований Шиффа в сыворотке крови – на 67% и 18% выше, а в эритроцитах – на 45% и 16% выше по сравнению с группой контроля и группами 1 и 2, соответственно (во всех случаях $P < 0,05$). По параметрам антирадикальной защиты достоверной разницы между изученными группами не выявлено, хотя все показатели были значительно снижены в группе постменопаузальных женщин в сравнении со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.

В литературе имеются данные, свидетельствующие о наличии взаимосвязи между уровнем личностной тревожности и концентрацией провоспалительных маркеров при инфаркте миокарда [Лебедева Н.Б., 2007]. Подобная взаимосвязь у женщин в постменопаузе ранее не изучалась. Поэтому на следующем этапе нашего исследования мы сопоставили уровни медиаторов воспаления в группах женщин с низкой, умеренной и выраженной тревожностью. Установлено, что концентрация изученных цитокинов у женщин в постменопаузе преимущественно была связана с уровнем личностной, а не ситуационной тревожности: максимальные уровни ФНО- α , ИЛ-1 β и ИЛ-4 были зарегистрированы у пациенток с высокой ЛТ. При изучении цитокинового статуса в зависимости от ситуационной тревожности различий в группах выявлено не было. Еще один интересный аспект проблемы сдвигов в цитокиновом статусе – это возможное участие цитокинов в формировании расстройств депрессивного спектра. На сегодняшний день такая взаимосвязь остается не до конца изученной, полученные данные порой противоречивы. Необходимо отметить, что имеющиеся в литературе сведения о роли цитокинов в патогенезе депрессии касаются в основном пациентов с ситуационно-обусловленными депрессиями, а также с депрессиями, коморбидными сердечно-сосудистым заболеваниям (ИБС, гипертоническая болезнь), сведений об участии цитокинов в патогенезе депрессивных расстройств у женщин в постменопаузе в доступной литературе обнаружить не удалось. В связи с этим мы предприняли попытку обнаружить наличие взаимосвязи изученных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-1 β и ИЛ-4) в наличии и тяжестью депрессии у включенных в исследование пациенток. Установлено, что в группе женщин в постменопаузе, не имевших депрессивных расстройств, уровень всех изученных цитокинов статистически значимо не отличался от группы здоровых женщин репродуктивного возраста. При наличии депрессии отмечалось выраженное повышение как ФНО- α , так и ИЛ-1 β и ИЛ-4, причем степень повышения зависела от тяжести депрессии.

В нашем исследовании мы предприняли попытку комплексно оценить состояние эндотелиальной функции у женщин в постменопаузе и выявить патогенетические механизмы развития указанных нарушений. Установлено, что количество нитритов, нитратов и суммарных метаболитов оксида азота у женщин с естественной менопаузой было на 18-19% ниже, чем в группе здоровых ($P < 0,05$), а у пациенток с хирургической менопаузой эти показатели составили 70-71% от уровня, зарегистрированного в контрольной группе ($P < 0,01$), что было на 13-14% меньше, чем у женщин с естественной менопаузой ($P < 0,05$). При проведении УЗ-доплерографии плечевой артерии показатель ЭЗВД был существенно снижен у всех пациенток в постменопаузе. В наибольшей же степени был изменен коэффициент, характеризующий чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелии. Эта величина определяет, насколько идеальна регуляция радиуса/диаметра артерии по напряжению сдвига и зависит в основном от релаксирующих свойств сосуда. Чем больше величина указанного коэффициента, тем лучше регуляция тонуса артерии. Нулевое или отрицательное значение K свидетельствует о полной утрате регуляции диаметра артерии по напряжению сдвига – то есть о максимально выраженной дисфункции эндотелия. Указанный коэффициент у пациенток в состоянии естественной менопаузы был в 4,5 раза ниже по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста ($P < 0,05$), у пациенток же с хирургической менопаузой среднее значение данной величины было отрицательным, что свидетельствует о выраженной эндотелиальной дисфункции у данной категории больных.

Таким образом, нарушения эндотелийзависимой вазодилатации выявлены у большинства женщин в постменопаузе, при этом частота встречаемости эндотелиальной дисфункции в большей степени зависела от типа менопаузы и была максимальной у пациенток, перенесших различные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы. Как нами было показано, ТДР у женщин в постменопаузе – также довольно распространенный феномен. Для выявления возможной взаимосвязи между этими двумя явлениями мы оценили состояние эндотелия у пациенток, имеющих аффективные расстройства различной степени выраженности. Установлено, что нитроксидпродуцирующая функция эндотелия у женщин в постменопаузе, не имевших депрессии, не отличалась от показателей здоровых лиц. Наличие ТДР сопровождалось достоверным снижением содержания в крови метаболитов оксида азота на 20-21% в группе 2 и на 31-36% в группе 3. При этом тяжесть депрессии была пропорциональна степени ухудшения нитроксидпродуцирующей функции эндотелия: количество нитратов, нитритов и суммарное количество метаболитов оксида азота в группе 3 было в среднем на 17-20% меньше, чем в группах 1 и 2 (во всех случаях $P < 0,05$). При сопоставлении частоты встречаемости эндотелиальной дисфункции, оцененной в пробе с реактивной гиперемией при проведении УЗДГ плечевой артерии, установлено, что в группах пациенток, имеющих расстройства депрессивного спектра, этот показатель в 1,8 раз превышает распространенность дисфункции эндотелия у женщин без аффективных расстройств ($P < 0,05$). При этом группы больных с депрессивной симптоматикой различной степени выраженности достоверно между собой не различались. Таким образом, наличие ТДР у женщин в постменопаузе сопряжено с существенным ухудшением функционального состояния эндотелия, что свидетельствует о патогенетической взаимосвязи указанных явлений. При этом тяжесть депрессии определяет распространенность и степень выраженности эндотелиальной дисфункции.

На следующем этапе исследования была сформирована группа из 42 пациенток, у которых при проведении психометрического тестирования была выявлена депрессия умеренной степени выраженности (глубина депрессии по шкале Гамильтона составила $19,4 \pm 3,1$ баллов). Пациентки не имели противопоказаний к проведению лечения антидепрессантами и были согласны на проведение такой терапии. Этим женщинам для коррекции имеющихся расстройств был назначен пипофезин (АЗАФЕН, «Макиз-фарма») в стартовой дозе 50 мг в сутки в 2 приема. В последующем доза была в течение недели увеличена до 100 мг в 4 приема, длительность терапии составила 6 недель. По истечении указанного срока пациентки были вновь обследованы при помощи психометрических тестов. Установлено, что в результате

проводимой терапии отмечалась редукция депрессивной симптоматики (балл по шкале Гамильтона снизился до $5,8 \pm 1,2$, $P < 0,01$). При этом ни одна больная не отмечала побочных эффектов проводимой терапии; все женщины субъективно оценили проводимое лечение как эффективное.

Таким образом, у женщин в постменопаузе достаточно часто (в 82,8% случаев) выявляются симптомы депрессии, при этом у всех женщин отмечается повышение как личностной, так и ситуативной тревожности. Наличие указанной симптоматики сопряжено с худшим клиническим течением заболевания: чаще сформирована артериальная гипертензия с патологическим суточным профилем АД, имеются более выраженные нарушения функционального состояния эндотелия. Влияние аффективных расстройств на клиническое течение постменопаузального периода, а также на функциональное состояние эндотелия реализуется, вероятно, через разбалансировку процессов липопероксидации и антирадикальной защиты, а также через иммунологическую активацию. Это диктует необходимость углубленного обследования женщин в состоянии постменопаузы для выявления аффективных расстройств с последующей своевременной их коррекцией, которая может быть предпринята с помощью современного гетероциклического антидепрессанта пипофезина (Азафена).

Шепенёв А.М. Распространенность атипичной депрессии среди женщин с избыточным весом

ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск

Широкая распространённость аффективной патологии и рост частоты депрессивных расстройств являются актуальными проблемами современной психиатрии. В амбулаторном звене атипичная депрессия составляет до $2/3$ (Nierenberg A.A. et al., 1999) среди депрессивных расстройств. Повышенный аппетит, увеличение веса, «свинцовый паралич», утомляемость, являясь психосоматическими симптомами атипичной депрессии, требуют пристального внимания для правильной диагностической оценки.

Цель: Оценка встречаемости атипичной депрессии (по критериям DSM-IV) среди амбулаторных пациенток, обратившихся для коррекции избыточного веса.

Материал и методы исследования: в соответствии с целями было обследовано 30 женщин, обратившихся для коррекции избыточного веса. Средний возраст пациенток составил $38,6 \pm 8,7$ лет. Средний индекс массы тела – $33,9 \pm 6,3$. Оценка типичных и атипичных депрессивных симптомов производилась с помощью шкалы SIGH-SAD (Williams J. et al., 1991). Пациентки, набравшие более 7 баллов по сумме типичных симптомов и более 7 баллов по сумме атипичных симптомов шкалы SIGH-SAD, рассматривались как имеющие депрессивный эпизод (ДЭ) с признаками атипичности.

Результаты: У 63,3% (19) пациенток состояние соответствовало ДЭ лёгкой степени. Из них признаки атипичности наблюдались в 68,4% (13) случаев. Депрессивная симптоматика в большинстве случаев сопровождалась дисморфофобическими переживаниями. Средний балл типичных депрессивных симптомов среди пациенток без признаков атипичности депрессии составил $11,3 \pm 2,3$, у пациенток с признаками атипичности депрессивных симптомов $14,2 \pm 5,9$. Общий балл по шкале SIGH-SAD в группе с атипичными депрессивными симптомами составил $26,4 \pm 9$, в группе с типичными депрессивными симптомами $18,2 \pm 2,3$. Достоверных различий в возрасте, индексе массы тела обеих групп пациенток обнаружено не было, но пациентки с атипичными депрессивными симптомами имели больший индекс массы тела.

Заключение: Депрессивные расстройства среди женщин с избыточной массой тела встречаются с высокой частотой, преобладает депрессия с признаками атипичности. Внимание к таким симптомам как повышенный аппетит, увеличение веса, «свинцовый паралич», утомляемость поможет своевременно диагностировать и проводить оптимальную терапию данного расстройства в амбулаторных условиях.

БОЛЕЗНИ КРОВИ

Романова Е.В., Щербакова А.В., Сараева Н.О. Сопутствующая патология и качество жизни у больных острым лейкозом

ГУЗ «Иркутская Ордена «Знак Почета» областная клиническая больница»;

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Введение. Острый лейкоз (ОЛ) - одно из самых злокачественных заболеваний. Одним из достижений современной онкогематологии стало не только продление жизни больным ОЛ, но и их излечение. Эти достижения связаны с использованием интенсивной полихимиотерапии (ПХТ). Вместе с тем, ПХТ приводит к поражению внутренних органов и развитию осложнений со стороны: желудочно-кишечного тракта, печени, легких, мочевой системы, нервной системы и т.д. Наличие сопутствующей патологии в дебюте основного заболевания негативно сказывается, как на течение возникающих осложнений, так и на качестве жизни (КЖ). Однако, работ по изучению влияния сопутствующей патологии в дебюте заболевания на КЖ у больных ОЛ в доступной литературе мы не обнаружили, что и предопределило наш интерес к данной проблеме.

Цель. Выявить влияние сопутствующей патологии в дебюте острого лейкоза на качество жизни у данной категории больных.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов с ОЛ, среди которых 51 (56,6%) женщина и 39 (43,3%) мужчин. В группе больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ) было 32 (35,5%) чел., с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) - 58 (64,5%) чел. Средний возраст пациентов 39 (от 18 до 81) лет. Пациенты были разделены на две группы: в первую входили больные с ОЛ без сопутствующей патологии 54 (60%) чел., во вторую группу - с сопутствующей патологией в дебюте заболевания 36 (40%) чел. Больные с ОМЛ - получали лечение по стандартным программам: 7+3; 7+3+VP; Ara-C 21- и 28-дневные курсы; высокодозная химиотерапия (НАИ). Больные с ОЛЛ получали лечение по программе ОЛЛ-2005 и по протоколу Хельцера (1987).

Для выявления сопутствующей патологии проведено исследование: общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимических показателей крови (общий белок крови, билирубин и его фракции, АлТ, АсТ, холестерин, глюкоза крови); маркеров вирусных гепатитов: В, С, G; ФГДС, ФКС, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, Эхо-КГ. Оценка КЖ проводилась с помощью русскоязычного опросника SF-36.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием прикладных программ STATISTICA 6.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение. Среди больных ОЛ чаще встречалась патология желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтеропатии, вирусные гепатиты, хронические панкреатиты) - 18 (50%) чел.; артериальная гипертензия 2-3 степени - 10 (27,7%) чел.; заболевания почек (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит) - 4 (11,1%) чел.; заболевание легких (ХОБЛ, туберкулез) - 2 (5,6%) чел.

Показатели КЖ у больных ОЛ с сопутствующей патологией в дебюте отличались от аналогичных показателей у больных без сопутствующей патологии. Так, показатели жизненной активности и интенсивности боли были выше в 1,1 раза в группе с сопутствующей патологией; социального и физического функционирования - выше в 1,2 раза; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и общее состояние здоровья - в 1,3 раза; ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием - в 1,4 раза. Практически не выявлено отличий в группах при исследовании психического здоровья.

Выводы. Наличие сопутствующей патологии в дебюте ОЛ ухудшает показатели КЖ больных. Наиболее выраженные изменения отмечались в показателях КЖ, обусловленных ролевым функционированием и физическим состоянием; общим состоянием здоровья и ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием.

Щербакова А.В., Дульский В.А., Фёдорова Е.А., Сараева Н.О. Соотношение между уровнем тревоги, депрессии и функцией почек у больных множественной миеломой

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, РФ

Иркутская орден «Знак Почёта» областная клиническая больница, г. Иркутск, РФ

Поражение почек является наиболее частой висцеральной патологией при множественной миеломе (ММ), и встречается у 50–90% больных. Длительный и интенсивный процесс реабсорбции патологического белка приводит к дистрофии эпителия канальцев, развитию склероза, рубцовой деформации анатомических структур почечной ткани. Причём, нарушение функции почек связано как с течением опухолевого процесса, так и с воздействием проводимого лечения по поводу основного заболевания. Установлено, что почки являются не только объектом воздействия симпатической нервной системы, но и сенсорным органом, который с помощью длительной афферентной импульсации изменяет функциональную активность её центральных структур и является одним из патогенетических механизмов образования генераторов патологической активности в надсегментарных центрах вегетативной нервной системы (Крыжановский Г.Н., 1997). Учитывая, что число больных, страдающих ММ непрерывно увеличивается, **целью** нашей работы явилось выявление корреляционных связей между скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и уровнем тревоги и депрессии у данной группы больных.

Материалы и методы. На базе гематологического отделения ГУЗ Иркутской Орден «Знак Почета» областной клинической больницы проведено обследование 81 больного ММ. Средний возраст больных составил 60,4 (от 43 до 82) лет. Расчёт СКФ проводили по уровню креатинина крови по формуле MDRD. Уровень тревоги и депрессии выявляли с помощью опросников Цунга. Статистическая обработка проводилась с помощью STATISTICA (StatSoft, USA). Оценка достоверности различий осуществлялась непараметрическими методами анализа. Корреляционная связь СКФ и уровнями тревоги и депрессии проведена по γ .

Результаты. По результатам оценки СКФ все больные были разделены на две группы: первая - СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² (55,6% - 45 чел.); вторая - СКФ < 90 мл/мин/1,73 м² (44,4% 36 чел.). Умеренная и острая тревожность по шкале Цунга выявлена у 66,7%, а депрессия - у 27,1% больных.

В общей группе больных (мужчины и женщины) отмечалась обратная умеренная корреляционная связь СКФ и уровня депрессии (-0,337; $p=0,017$) и прямая умеренная корреляционная связь – с уровнем тревоги (0,472; $p<0,0001$).

При раздельном расчёте (мужчины, женщины) – у мужчин наблюдалась обратная высокая корреляционная связь СКФ с уровнем депрессии (-0,739; $p<0,001$) и прямая – с уровнем тревоги (0,835; $p<0,0001$).

В группе женщин - выявлена прямая умеренная корреляционная связь СКФ с уровнем тревоги (0,382; $p=0,044$), а достоверных корреляционных связей СКФ и уровнем депрессии не отмечено ($p=0,354$).

Выводы. 1. Около половины больных ММ имеют снижение СКФ. 2. Более чем у половины больных отмечается умеренная и острая тревожность по шкале Цунга, а у трети – депрессия. 3. Выявлена корреляционная связь СКФ с уровнем тревоги, депрессии. 4. СКФ носит прямой характер с уровнем тревоги и обратный – с уровнем депрессии. Данная корреляционная связь и её характер выявляется как у мужчин, так и у женщин.

Щербакова А.В., Дульский В.А., Романова Е.В. Соотношение между уровнем тревоги, депрессии и функцией почек у больных острым лейкозом

Иркутский государственный медицинский университет,

ГУЗ Иркутская орден «Знак Почета» областная клиническая больница

Острый лейкоз (ОЛ) – одно из самых злокачественных заболеваний. Узнав впервые о своем диагнозе, пациенты подвергаются выраженному психоэмоциональному воздействию. Одним из достижений современной онкогематологии стало не только продление жизни больным ОЛ, но и их излечение. Эти достижения связаны с использованием интенсивной полихимиотерапии (ПХТ). Вместе с тем, ПХТ приводит к поражению внутренних органов и развитию осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, печени, легких, мочевой и нервной системы и т.д. Поэтому **целью** нашей работы явилось выявление возможных связей между скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) и уровнем тревоги и депрессии у больных ОЛ.

Материалы и методы. На базе гематологического отделения ГУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница проведено обследование 97 больных ОЛ (острый миелобластный и острый лимфобластный варианты). Среди больных было 46 мужчин и 51 женщина. Медиана возраста мужчин составила 47,0 лет (интерквартильный размах от 29 до 56 лет). Медиана возраста для женщин – $44,6 \pm 15,97$ ($m = 2,24$). Расчет СКФ проводили по уровню креатинина крови по формуле MDRD. Уровень тревоги и депрессии выявляли с помощью опросников Цунга. Статистическая обработка проведена с помощью STATISTICA (StatSoft, USA).

Результаты. Медиана СКФ составила 111,2 мл/мин/1,73 м² (88,5–135,3); у мужчин – 125,3 (101,2–151,2), у женщин – 101,7 (83,4–115,5) мл/мин/1,73 м². Все больные по СКФ были разделены на две группы. В 1-ю вошли больные, имеющие СКФ ≥ 90 , а во 2-ю - < 90 мл/мин/1,73 м². Мужчины 1-й группы составили 36 чел (78,3%), женщины – 33 чел (64,7%). Во 2-й группе - мужчин 10 чел (21,7%), женщин – 18 чел. (35,3%). Среди всех больных выявлена прямая умеренная корреляционная связь СКФ и уровнем тревоги (0,43; $p=0,0083$) и прямая высокая – с уровнем депрессии (0,71; $p=0,0001$). При отдельном расчёте – у мужчин наблюдалась прямая высокая корреляционная связь СКФ и уровнем депрессии (0,78; $p=0,0001$), а с тревогой – связи не обнаружено ($p>0,05$). В группе женщин выявлена прямая умеренная корреляционная связь СКФ с уровнем тревоги (0,49; $p=0,017$) и уровнем депрессии (0,64; $p=0,001$). По уровню депрессии среди всех больных ОЛ отмечается достоверное различие в группах с нормальной и сниженной СКФ ($Z=-3,65$; $p=0,001$), у мужчин достоверных различий не выявлено. У женщин имеется достоверное различие в группах с нормальной и сниженной СКФ ($Z=-2,5$, $p=0,013$). Уровень тревоги среди всех больных и в группе женщин - не достигает значимого различия, но стремится к нему ($0,05 < p < 0,1$), а у мужчин – достоверных различий по уровню тревоги в группах не выявлено.

Выводы. 1. У больных ОЛ выявлена корреляционная связь между СКФ и уровнем тревоги и депрессии. 2. У мужчин отмечается высокая корреляционная связь СКФ с уровнем депрессии; 3. У женщин имеется корреляционная связь СКФ как с уровнем депрессии, так и с уровнем тревоги; 4. У женщин обнаружено достоверное различие в группах с нормальной и пониженной СКФ по уровню депрессии.

Щербакова А.В., Дульский В.А., Никитина А.К. Бараховская Т.В. Соотношение между уровнем тревоги, депрессии и функцией почек у больных хроническим лимфолейкозом

Иркутский государственный медицинский университет,
МУЗ Городская поликлиника № 12, г. Иркутск, Россия

Материалы и методы. На базе гематологического отделения Областной клинической больницы обследовано 97 больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) (49 муж и 48 жен). Средний возраст составил $63,4 \pm 9,75$ года ($m=0,95$): у мужчин – $61,7 \pm 10,23$ года ($m=1,39$), у женщин – $65,2 \pm 8,96$ года ($m=1,25$). Диагноз верифицирован по общепринятым критериям. Расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводили по формуле MDRD. Уровень

депрессии выявляли с помощью опросника Цунга, а тревожность по Ч.Д. Спилбергу. Статистическая обработка проведена с помощью STATISTICA (StatSoft, USA).

Результаты. У исследуемых больных СКФ \geq 90 мл/мин/1,73 м² имели 47 чел. (48,6%) – 1-я группа, а у 50 чел. (51,4%) была СКФ $<$ 90 мл/мин/1,73 м² – 2-я группа. Среди всех больных ХЛЛ депрессия выявлена у 16 чел (15,2%): у мужчин в 4 случаях из 49, у женщин – в 12 случаях (23,5%). Повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности в общей группе отмечался у 100% больных. В исследуемой группе 44 чел. (45,4%) имели умеренную личностную тревожность (у мужчин 32 чел – 65,3%, у женщин -12 чел – 25%); 53 чел (54,6%) – высокую (у мужчин 17 чел - 34,7%, у женщин – 36 чел - 75%). Уровень ситуативной тревожности в общей группе был умеренно повышен у 44 чел - 45,4% (у мужчин 26 чел - 53,9%; у женщин 18 чел 37,5%), а высокая тревожность отмечена у 53 -54,6% (у мужчин 23 чел - 46,9%; у женщин 30 чел - 62,5%). При сравнительном анализе больных с нормальной и сниженной СКФ значимость различий не получена, но стремится к ней ($0,05 < p < 0,1$). Поэтому, группы были выравнены по численности с использованием генератора случайных чисел. После чего были получены результаты по личностной тревожности: у всех (мужчины–женщины) по Манну–Уитни ($Z=2,26$, $p=0,024$); у мужчин ($Z=2,09$, $p=0,036$). По ситуативной тревожности достоверных различий не получено. У женщин ни по ситуативной, ни по личностной тревожности достоверных различий не выявлено. При исследовании депрессии у женщин получены достоверные различия в группах: $Z=-2,104$, $p=0,035$. У мужчин достоверных различий в группах по депрессии нет. При исследовании корреляционной связи СКФ (пониженной и нормальной) с ситуативной и личностной тревожностью, а также депрессией, выявлена связь с депрессией у женщин ($\gamma=-1,0$; $p=0,0001$), среди мужчин данной связи нет. Кроме того у женщин имеется прямая умеренная корреляционная связь с ситуативной тревожностью ($\gamma=0,38$; $p=0,013$), а у мужчин - нет. Корреляционных связей СКФ с личностной тревожностью ни у мужчин, ни у женщин не найдено.

Выводы: 1. Депрессия у больных ХЛЛ выявляется чаще у женщин (в 3 раза). 2. У мужчин ситуативная и личностная тревожность встречается чаще, чем у женщин (в 2,5 раза). 3. У женщин выявляются достоверные различия в группах с нормальной и сниженной СКФ по депрессии. 4. Среди всех больных ХЛЛ выявлены достоверные различия в группах с нормальной и сниженной СКФ по личностной тревожности. 5. Выявлена обратная очень сильная корреляционная связь между СКФ и уровнем депрессии у женщин. 6. Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между СКФ и уровнем ситуативной тревожности у женщин.

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Беялов Ф.И. Результаты последних исследований в психосоматической медицине

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Идея целостной оценки больного человека с учетом не только соматической патологии, но и состояния психики постепенно укрепляется в целом прагматической медицинской науке и все шире распространяется в медицинской практике. Статьи о психосоматических связях стали обычным явлением в ведущих научных медицинских журналах. В текущем 2008 году было опубликовано несколько важных работ, обсуждение которых в настоящем обзоре может быть полезно врачам.

Работа A.Farmer с соавт (2008), опубликованная после крупнейшего европейского исследования EURODEP, подтвердила более высокую частоту соматических заболеваний у пациентов с рекуррентной формой депрессии. В то же время пока недостаточно данных для определения роли и значения психических расстройств в патогенезе соматических болезней (Chida Y. et al, 2008).

Симптоматика. Оценка своего состояния пациентами и врачами часто существенно различается и может порождать неудовлетворенность действиями врача со стороны пациента. Во многом это связано с акцентом пациента на своем самочувствии, а врачей на объективных функциональных и структурных показателях, а также прогнозе заболевания. В большом финском исследовании была показана связь алекситимии – неспособности адекватно осознавать и вербализировать собственное эмоциональное состояние – с соматизированными симптомами – соматическими жалобами, не связанными с заболеваниями внутренних органов, – независимо от тревоги, депрессии, соматической патологии и социодемографических факторов (Mattila A.K. et al, 2008). Таким образом, получено подтверждение гипотезы реализации затруднений психической интерпретации эмоций в соматические симптомы.

Существенно на выраженность ощущений пациента влияет и состояние психоэмоционального стресса. У пациентов с изжогой при неэрозивной и эрозивной формах гастроэзофагеальной рефлюксной болезни стресс существенно сокращал время появления и усиливал изжогу – ощущение жжения за грудиной вследствие заброса желудочного или дуоденального содержимого в пищевод (Fass R. et al, 2008).

Сердечно–сосудистые катастрофы и смертность. Как в соматической, так и психосоматической науке проводится значительно больше исследований сердечно–сосудистой патологии. Это связано в первую очередь с доминирующим вкладом заболеваний сердца и сосудов в смертность населения.

В проспективном британском исследовании 20000 пациентов в течение 8.5 лет большая депрессия ассоциировалась с повышением смертности от ишемической болезни сердца в 2.7 раза независимо от традиционных факторов риска (Surtees P.G. et al, 2008). Получено очередное подтверждение связи депрессии и смертности. По данным семи американских центров общей практики наличие депрессии независимо ассоциировалось с возрастанием общей смертности на 17% (Kinder L.S. et al, 2008).

Неблагоприятное влияние психических расстройств показано и при уже имеющемся соматическом заболевании. У пациентов со стабильной стенокардией наличие большой депрессии ассоциировалось с повышением риска сердечно–сосудистых катастроф (инфаркт миокарда, сердечная смерть, остановка сердца, неотложная реваскуляризация) в 2.85 раза, генерализованного тревожного расстройства – в 2.1 раза, симптомов тревоги и депрессии – в 1.3–1.7 раза (Frasure-Smith N. et al, 2008). После инфаркта миокарда первое появление депрессии, персистирующая или транзиторная депрессия связаны с повышением риска возникновения стенокардии в течение года в 2, 1.9 и 1.8 раза соответственно (Maddox T.M. et al, 2008).

Стресс. Острые стрессы, связанные с социальными событиями, представляют хорошую возможность изучить негативное влияние на сердечные события. Так сильный стресс, который испытало население США 11 сентября при крупном террористическом акте, привел к возрастанию риска сердечно–сосудистых заболеваний на 53% в последующие 1–3 года (Holman E.A. et al, 2008)

Матчи сборной Германии на чемпионате мира по футболу, проведенном в этой стране, вызвали значительное возрастание сердечно–сосудистых катастроф в дни значимых матчей национальной команды (Wilbert-Lampen U. et al, 2008). Риск неблагоприятных событий увеличился в 2.7 раза – у мужчин в 3.3 раза, а у женщин – в 1.8 раза, по сравнению с аналогичными днями в другие годы.

Негативное влияние стресса у пожилых людей во многом обусловлено повышением симпатической активности, усилением воспаления и гиперкоагуляцией, предрасполагающих к тромбозам коронарных и церебральных сосудов (Burns V.E. et al, 2008; Wirtz P.H. et al, 2008).

Трудоспособность. Возрастающий интерес систем здравоохранения развитых стран к психосоматическим проблемам связан с влиянием психических расстройств на трудоспособность. Сочетание психических и соматических расстройств ухудшает трудоспособность больше, чем расстройства в отдельности. (Scott K.M. et al, 2008). Как показало международное иссле-

дование причин нетрудоспособности, проводимое Всемирной Организацией Здравоохранения, несмотря на большой вклад психических расстройств, последние недостаточно лечатся как в развитых, так и в развивающихся странах (Ormel J. et al, 2008).

Лечение. В последние годы много исследований проводилось с целью изучения приверженности пациентов к приему рекомендованных врачами лекарственных препаратов. Например, употребление антигипертензивных препаратов в течение года снижается почти в два раза (Vrijens B. et al, 2008). Если, наряду с антигипертензивной терапией, проводить лечение сопутствующей депрессии, то приверженность к терапии артериальной гипертензии повышается с 31% до 72% (Vogner H.R. et al, 2008).

При лечении психических расстройств необходимо большое внимание уделять побочным соматическим эффектам психотропных средств. Например, прием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и венлафаксина ассоциируется с повышением риска кровотечений из верхних отделов желудочно–кишечного тракта в 1.8 и 3.7 раза (de Abajo F.J. et al, 2008). Особенно опасно сочетание серотонинергических средств с нестероидными противовоспалительными препаратами и дезагрегантами (повышение риска в риска кровотечений в 9.1 и 4.7 раза соответственно). В то же время профилактика кровотечений антисекреторными препаратами весьма эффективна.

Нельзя также не учитывать и влияние лекарств на риск развития соматических болезней. Например, прием антидепрессантов связан с повышением риска сахарного диабета в 2.3 раза (Rubin R.R. et al, 2008). Ранее подобный эффект был отмечен у бета–адреноблокаторов и тиазидовых диуретиков, хотя последние не менее эффективно предупреждали сердечно–сосудистые осложнения артериальной гипертензии.

Таким образом, последние исследования подтвердили существенную связь состояния психики и соматических заболеваний и свидетельствуют о необходимости активного и адекватного лечения психических расстройств врачами–интернистами.

Белов В.В., Белов Р.В., Бездольнова С.Ю, Мосолова Э.Г. Показатели липидного обмена – интегративный критерий психобиосоциальной индивидуальности

ГОУ ВПО « Челябинская Государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск

Актуальность темы. Наиболее прогрессивной концепцией психосоматической медицины является интегративная модель, постулирующая изучение индивидуальности, как психобиосоциальной целостности (В.В. Плотников и соавт., 2008). Вместе с тем построение всеобъемлющих моделей в силу их сложности пока достижимо лишь теоретически: индивидуальность как психобиологическая ценность включает в себя бесконечное число свойств и « не может быть предметом специального исследования» (В.С. Мерлин, 1986). Для комплексного изучения человека как целого необходимо «создание такого симптомокомплекса, включающего соматические, физиологические, психологические характеристики, которые обеспечивали бы всё большее разнообразие индивидуальностей на небольшое число типов (Б.Г. Ананьев, 1977). Таким образом, основное внимание смещается на выбор обоснования критериев индивидуальных свойств, каждый из которых наиболее адекватно отражал бы иерархический уровень и был бы тесно связан с другими уровнями. Совокупность выбранных свойств должна наиболее полно отобразить своеобразие индивидуальности как целого, не утратив системного видения (В.В. Плотников и соавт., 2008).

Целью настоящего исследования явилось изучение дислипидемий как возможного интегративного критерия психобиосоциальной индивидуальности во взаимосвязи с условиями профессиональной деятельности.

Материал и методы исследования. В группу наблюдения включены 1256 мужчин в возрасте 20 – 29 лет, которые по заключению комиссии профессионального отбора в составе девяти специалистов, включая терапевта, кардиолога, хирурга, невролога, офтальмолога, отоларинголога, медицинского психолога, психофизиолога и психиатра, были здоровыми и

годными к работе в оперативных службах УВД. Разработанная нами карта динамического наблюдения включала сведения о данных физикального исследования, уровне артериального давления, факторах риска хронических неинфекционных заболеваний (Р.А. Потёмкина и др., 2007). Показатели липидного обмена оценивали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2007), психологический статус изучали с использованием адаптированной версии ММРІ – методика стандартизированного многостороннего исследования личности (СМИЛ) (Ф.Б. Березин и соавт., 1976), психофизиологическое исследование проводилось и оценивалось в соответствии с рекомендациями В.А. Варламова и др., 1977.

Повторно через 10 лет удалось обследовать 1009 человек (80.3%), при необходимости использовали велоэргометрию, фибродуоденоскопию, компьютерную томографию и др. Проведённый рескрининг с детальным изучением медицинской документации позволил впервые выявить или подтвердить наличие какого – либо хронического неинфекционного заболевания у 184 человек (18,4%).

В работе сопоставлены показатели липидного обмена, психологические и психофизиологические данные на старте проспективного исследования в группах, выделенных по статусу здоровья (здоров - болен) через 10 лет наблюдения. Проводилась вариационная статистика. Количественное влияние психологических, психофизиологических, нелипидных факторов риска на развитие дислипидемий, ХНИЗ было изучено с помощью линейной регрессионной модели с использованием пакета прикладных программ SAS. Различия сравниваемых параметров, оценка их значимости проводилась с помощью F – критерия Фишера и t-критерия Стьюдента. Результаты считались достоверными при уровне значимости 0,05 и менее.

Результаты исследования и обсуждение. В приведенной таблице представлены данные концентраций липидов сыворотки крови на начало исследования в группах, выделенных по статусу здоровья в конце исследования.

Таблица

Средние концентрации липидов сыворотки крови среди здоровых мужчин и в преморбидных группах хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)

№	статистические показатели статус здоровья	кол во	%	липиды (ммоль/л)		
				ОХС	ТГ	α-ХС
1.	Здоров	825	81,8	4,4±0,04*	1,1±0,02*	1,1±0,02*
2.	Болен	184	18,2	5,7±0,09	1,43±0,03	0,85±0,01
3.	Артериальная гипертензия	80	7,8	6,4±0,13	1,53±0,05	0,71±0,02
4.	ИБС	7	0,7	6,9±0,15	1,71±0,10	0,72±0,03
5.	Язвенная болезнь	25	2,5	5,55±0,30	1,52±0,09	0,80±0,02
6.	ХНЗЛ	5	0,5	5,7±0,12	1,5±0,05	0,80±0,02
7.	Неревматические заболевания миокарда	8	0,8	5,5±0,11	1,36±0,05	0,78±0,02
8.	Хронические болезни почек	3	0,3	6,0±0,22	1,53±0,04	0,79±0,02
9.	БКМС	13	1,3	5,4±0,15	1,47±0,07	0,80±0,02
10.	Хронические диффузные болезни печени	44	4,4	5,6±0,26	1,53±0,08	0,84±0,02

- $p < 0,05$, сравнение с преморбидными группами

ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания лёгких, БКМС – болезни костно – мышечной системы

Как видно из приведённых в таблице данных, средние концентрации общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), и α- холестерина (α – ХС), определённых в начале исследо-

вания, в группах заболевших в последние 10 лет статистически значимо отличаются от группы незаболевших. Среди молодых лиц, находившихся в преморбиде ХНИЗ, средние уровни ОХС, ТГ оказались существенно выше на старте исследования по сравнению с теми, кто был и остался здоровым, а концентрация α – ХС – ниже. Указанная закономерность характерна для всех групп ХНИЗ, независимо от нозологии, что свидетельствует об универсальном значении повышения атерогенных липидов сыворотки крови для изученных ХНИЗ, неспецифическом их значении в формировании донозологической ХНИЗ.

Универсальный характер повышения уровня липидов сыворотки крови в ответ на самые разнообразные воздействия, вызывающие напряжённость систем адаптации, отмечен рядом авторов. (А. Erslev, 1983; Б.П. Суханов, А.А. Королев, 1993). Повышением концентрации ОХС сыворотки крови, ТГ сопровождается психоэмоциональный стресс острый и хронический. Психогенные тревожно - депрессивные расстройства также сопровождаются триадой липидных изменений – повышение уровня ОХС сыворотки крови, ТГ и снижением концентрации α – ХС (Гарганеева Н.П., 2007). При ряде заболеваний сердечно – сосудистой, дыхательной, костно-мышечной систем, желудочно – кишечного тракта, болезнях почек наблюдается дислипидемия и, в первую очередь, гиперхолестеринемия (Огородова Л.М. и др., 2007).

Для изучения диагностической и прогностической значимости уровни ОХС сопоставлены в группах, находящихся в преморбиде, обострении заболевания или премортальном состоянии при ряде заболеваний. Проанализировали истории болезни 1135 больных. Средние концентрации ОХС в преморбиде гипертонической болезни (80 чел.) и в группе больных, поступивших с гипертоническим кризом в стационар (66 чел.), составили $6,1 \pm 0,27$ и $5,6 \pm 0,32$ ммоль/л, ХИБС (8 чел.) и при инфаркте миокарда в остром периоде (16 чел.) – $6,87 \pm 0,38$ и $4,1 \pm 0,12$ ммоль/л, в преморбиде язвенной болезни (25 чел.) и при обострении данного заболевания (14 чел. – $5,5 \pm 0,15$ и $3,6 \pm 0,6$ ммоль/л, ($p < 0,05 - 0,01$). Из поступивших в стационар у 629 человек были установлены различные клинические формы ИБС, 66 человек – ХОБЛ, 81 человек – пневмонии, 35 человек – цирроз печени, 32 человека – инфаркт мозга. Выписаны с улучшением 794 человека, умерли – 141 человек.

Средний уровень ОХС оказался ниже в группах, умерших от ИБС, осложнений сахарного диабета по сравнению с пережившими обострение заболеваний ($4,1 \pm 1,3$ и $5,5 \pm 1,3$ ммоль; $2,9 \pm 0,4$ и $6,2 \pm 2,4$ ммоль/л; $p = 0,05 - 0,01$). Приведённые данные свидетельствуют о том, что индивидуальная клиническая оценка уровня ОХС возможна лишь при мониторинговании его в течение всей жизни, равно, как и об условности единого нормального его уровня. Следует указать, что концентрация ОХС сыворотки крови является производной психологических факторов и связанных с ними психоэмоционального стресса, факторов риска ХНИЗ (В.В. Белов, 1994).

Результат процедуры пошагового регрессионного анализа для зависимой переменной ОХС показал, что изученные психологические и психофизиологические показатели на 13.6 % объясняют дисперсию концентраций ОХС, а в совокупности с факторами риска ХНИЗ (ИМТ, уровень систолического артериального давления, избыточное потребление соли, алкоголя, напряжённость труда) – на 32,9% ($n = 1009$, мужчины 20 – 29 лет). Наибольшее влияние на уровень ОХС оказала избыточная масса тела и психологическая особенность реагирования на стрессор повышенной тревожностью (шкала 7 СМИЛ). Мы полагаем, что указанное психологическое свойство в профессиональной среде, где наиболее важными качествами являются решительность, мужество, способность принять решение, связанное с опасностью для жизни, в условиях дефицита времени, определяло развитие выраженного психоэмоционального напряжения, дистресс - реакции.

Таким образом, дислипидемия у молодых практически здоровых мужчин является показателем неспецифического донозологического состояния. Показатели липидного обмена у лиц с ХНИЗ отражают тяжесть течения болезней. Будучи жёстко связанными с психологическим состоянием, характером профессиональной деятельности, стрессом, факторами риска ХНИЗ, концентрации липидов сыворотки крови, дислипидемии могут играть роль показате-

ля для характеристики индивидуальности как психобиосоциальной целостности, важного показателя в интегративной медицине.

Дистресс – как результат взаимодействия личностных особенностей и факторов внешней среды, дислипидемия – как производное дистресса и факторов риска ХНИЗ, в совокупности выступают как показатель неспецифической донозологии, фактор развития множественных ХНИЗ, полипатий.

Выводы. Уровень общего холестерина сыворотки крови может играть роль одного из интегральных показателей, характеризующих индивидуальность как единую психобиосоциальную целостность, используемых в интегральной медицине.

Первичные дислипидемии у мужчин молодого возраста свидетельствуют о неспецифическом донозологическом состоянии.

Первичные дислипидемии на 32,9 % определяются влиянием психологического фактора во взаимодействии с профессиональными условиями и факторами риска ХНИЗ.

Клиническая оценка показателей липидного обмена наиболее полное выражение находит при мониторинге их в течение жизни.

Романов Д.В., Романова Т.В., Смирнова Д.А. Опыт терапии псевдоаллергических расстройств

Самарский государственный медицинский университет, г.Самара

Неоднородная группа психосоматических и соматоформных расстройств включает соматическую патологию, развивающуюся преимущественно под влиянием психогенных факторов; психические расстройства, отражающие реакцию личности на соматическое заболевание; патологические состояния, проявляющиеся соматизацией психических нарушений (Смулевич А.Б., 2000).

Краевые группы пациентов с психосоматическими нарушениями становятся объектом описания отдельных врачебных специальностей. Таким образом, возникают риски дискретного, органно-биологического понимания патогенеза данного расстройства. Особый интерес представляют пациенты с психосоматической симптоматикой, редко попадающей в фокус психопатологического анализа, например, такие, как больные с псевдоаллергическими нарушениями.

В соответствии с иммунологической моделью аллергии, различают три основных стадии патогенеза истинной аллергической реакции: иммунную, патохимическую и патофизиологическую, - важными элементами при развертывании которых являются факты первичного и повторного контакта иммунной системы организма с аллергенами (Дранник Г.Н., 2003). В настоящее время в практике врачей-аллергологов все чаще встречаются состояния, клиническая картина которых соответствует типичным проявлениям аллергических реакций, однако, их развитие либо совсем не подтверждается серологическим исследованием, либо происходит вне контакта с антигенами в рамках выявленного спектра аллергенов. В среде аллергологов данное явление стали обозначать как «ложную аллергию» или «псевдоаллергию» (Лусс Л.В., 1993). Было изучено, что в случае лекарственных аллергий истинные аллергические реакции на медикаменты обнаруживаются у 15,5% пациентов, а псевдоаллергические - у 84,5% (Мясникова Т.Н., Латышева Т.В., 2004). Рост распространенности поливалентной аллергии был также обусловлен включением псевдоаллергических реакций. Отмечается, что ложные аллергические реакции в большей степени, чем истинные, сопровождаются эмоциональной реакцией в форме выраженной тревоги.

Взаимосвязь между аллергией и психологическими состояниями была выявлена в исследованиях Л. Силича (Дранник Г.Н., 2003). С 2004 года стали формироваться дополнения к этиопатогенетической модели аллергии с введением терминов эмоциональной аллергии, эмоаллергенов, в рамках которой аллергию рассматривали как «фобию иммунной системы» (Мясникова Т.Н., Латышева Т.В., 2004). Данные теоретические предпосылки лечения аллер-

гии косвенно подтверждались эффективностью привлечения психотерапевтического метода (Dilts R., Hallbom T., Smith S., 1997).

Целью данной работы было выявление психопатологической составляющей в клинической картине пациентов с псевдоаллергическими нарушениями и подбор соответствующей терапии. Нами обследовались пациенты, направляемые врачами аллергологами-иммунологами, с псевдоаллергическими реакциями и поливалентными аллергиями. В клинической картине (вне контакта с аллергенами в анамнезе) отмечалась симптоматика пароксизмально возникающих приступов удушья, одышки, чувства нехватки воздуха, отека гортани, отека и гиперемии кожных покровов в области лица, шеи, явления зуда кожных покровов различной локализации, фармакорезистентного ринита с обильным слизистым отделяемым, обострения атопического дерматита с типичными высыпаниями. Всего было обследовано 19 пациентов, 15 женщин и 4 мужчины. Средний возраст $34 \pm 4,3$ лет. У 6 пациентов в клинической картине доминировали периодические дыхательные нарушения с явлениями отека в области верхних дыхательных путей. Восемь больных отмечали кожный зуд и явления атопического дерматита. Пять пациентов обнаруживали симптоматику хронического ринита.

Клинико-психопатологическое исследование данной группы больных во всех случаях обнаружило симптоматику субдепрессии и тревоги. В двух случаях у пациентов с дыхательными нарушениями были выявлены отчетливые приступы генерализованной тревоги в виде панических атак с явлениями агорафобии.

В качестве **методик** экспериментально-психологического подхода были использованы шкала депрессии Гамильтона и тест Спилберга-Ханина. Пациенты были исследованы до начала терапии, через 1, 3 и 6 месяцев лечения. По шкале Гамильтона средний балл до начала терапии составил 14,3, наиболее высокие цифры отмечались у пациентов с дыхательными расстройствами. По данным теста Спилберга-Ханина средний показатель реактивной тревожности равнялся 56,5, личностной тревожности – 48,3. Наиболее высокие показатели тревожности также отмечались у пациентов с дыхательными нарушениями, а наиболее низкие – в группе пациентов, страдавших ринитом.

Терапия исследованной группы пациентов включала в себя как психофармакотерапевтическое, так и психотерапевтическое воздействие. Группа пациентов методом случайного отбора (методом конвертов) была разбита на две подгруппы. Пациенты первой подгруппы (10 человек) получали только лекарственную терапию. Преобладание в психопатологической картине псевдоаллергических нарушений депрессивных и тревожных расстройств предполагало использование современных антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина со сбалансированным антидепрессивным и анксиолитическим действием. В соответствии с требованиями максимальной переносимости и безопасности приема в качестве базового психофармакотерапевтического средства использовался пароксетин (Паксил) в суточной дозировке 10-20 мг. Длительность терапии составила от 3 до 6 мес.

Вторая подгруппа из 9 пациентов получала психотерапевтическое лечение. Сложность выбора психотерапевтических методик у больных с псевдоаллергическими нарушениями определяется их недостаточной мотивацией на данный вид лечения. Как правило, эти пациенты имеют длительный опыт биологической терапии имеющегося у них расстройства, и обращение к сложным методам когнитивно-поведенческой или психодинамической терапии пациентами не поддерживается. Поэтому в качестве методик психотерапевтического воздействия были избраны техники краткосрочного подхода в рамках нейролингвистического программирования. Был разработан специальный протокол психотерапевтических мероприятий, включавший 4-6 сессий. Использовались техники субмодальностного редактирования, «передний план - задний план», визуально-кинестетической диссоциации, «метода трех якорей», коллапса якорей, с включениями элементов работы по линии времени. Общая длительность психотерапевтических мероприятий не превышала 1 месяца.

В результате терапии у всех пациентов отмечалась редукция психопатологической и соматической симптоматики. Выявлялось послабление депрессивных и тревожных расстройств, нормализация сна, аппетита, улучшение социального функционирования. Купирование псевдоаллергических явлений обнаруживало более медленную и отставленную положительную динамику. Через 1 месяц после начала терапии показатели по шкале Гамильтона в группе пациентов, получавших пароксетин, составили 8,3, а через 3 месяца – 6,9. Во второй группе показатели по шкале Гамильтона составили соответственно 9,1 и 9,6. Показатели шкалы реактивной и личностной тревожности теста Спилберга-Ханина через 1 месяц терапии в первой группе составили 42,2 (реактивная тревожность) и 44,3 (личностная тревожность); во второй группе – 45,5 и 46,1 соответственно. Наибольшую терапевтическую динамику выявила группа пациентов с дыхательными нарушениями, наименьшую – с проявлениями ринита. В ближайшем катамнезе (6 месяцев) выявлялась устойчивая ремиссия относительно первично заявленной симптоматики псевдоаллергического характера у 77% пациентов. В группе пациентов, получавших пароксетин, результаты носили более стабильный характер.

Таким образом, подтверждена эффективность использования пароксетина в качестве средства выбора для лечения псевдоаллергических расстройств и сопутствующей им психопатологической симптоматики. Комплайентность данной группы пациентов выше в отношении психофармакотерапевтических мероприятий, нежели в отношении психотерапии. Тем не менее, целесообразно комбинирование психофармакотерапевтического и психотерапевтического лечения для ожидаемой суммации эффектов. Перспективным представляется разработка специфических патогенетических форм психотерапии, которые могли бы получить большую поддержку у данной категории пациентов.

Субботина М.В. Психосоматический статус у больных с нарушениями голоса

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Хронические заболевания гортани, сопровождающиеся нарушением голоса, способствуют затруднениям в общении с окружающими людьми, значительным профессиональным ограничениям при работе, связанной с голосовой нагрузкой. Это снижение коммуникативной способности оказывает дополнительное психогенное воздействие на пациентов с дисфонией.

Цель нашего исследования заключалась в оценке психосоматического статуса у пациентов с хронической дисфонией.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 8 пациентов с хроническими заболеваниями гортани (хроническим ларингитом, гипотонусной дисфонией, ангиофибромой голосовых складок), находящихся на лечении в ЛОР клинике Иркутского государственного медицинского университета. Длительность заболевания превышала 1 год. Пациенты предъявляли жалобы на осиплость, охриплость голоса, усиливающиеся после голосовой нагрузки (у 8 пациентов), кашель (у 5), затруднение дыхания при физической нагрузке (у 2). Возраст обследуемых составлял 35–70 лет, преобладали женщины (7 человек). Два пациента были профессионалами голоса. Психосоматический статус оценивали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты исследования. Из 8 обследуемых субклинически выраженная тревога (9 баллов) была выявлена у одной пациентки, которая поступила в клинику для оперативного лечения ангиофибромы голосовой складки. У 3 человек уровень тревоги составил 7 баллов (верхняя граница нормы). Больше количество баллов было обусловлено наличием неусидчивости и постоянной потребности двигаться. Эти симптомы коррелировали с затруднением дыхания при физической нагрузке и могли быть проявлением стеноза гортани. Депрессия не выявлена ни у одного пациента.

Заключение. Хроническая дисфония и связанное с ней нарушение коммуникативных функций не сопровождалось выраженным повышением тревоги и депрессии. У пациентов с симптомами компенсированного стеноза гортани неусидчивость, постоянная потребность двигаться скорее обусловлена основным заболеванием, гипоксемией, а не проявлением тревоги.

Хамаева А. А., Керзина Л. В., Захарова Г. Ю., Паршукова Е. Д.
Психосоматические факторы и качество жизни у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ИБС

Иркутский Государственный Медицинский Институт, г. Иркутск

Городская Клиническая Больница №3, г. Иркутск

Актуальность. В настоящее время отмечается значительное увеличение количества больных с психосоматической патологией. Так, по данным разных авторов, от 15 до 60% населения страдают психосоматическими расстройствами (Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. и др., 1999). Среди заболеваний, при которых наблюдаются психические расстройства, к одной из самых распространенных относится ишемическая болезнь сердца (ИБС). В то же время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) отличается большой распространенностью и тенденцией к росту заболеваемости. В связи с чем, мы все чаще можем встречаться с психосоматическими расстройствами при ХОБЛ. Исследования о связи между сочетанной патологией и психосоматическими расстройствами немногочисленны. Также имеются указания на небольшое количество исследований, посвященных изучению связи психосоматических факторов и качества жизни у больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС.

Цель исследования. Изучение психосоматических факторов и качества жизни у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ИБС.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления у больных с сочетанной патологией (ИБС и ХОБЛ);
2. Выявить и оценить уровни тревоги и депрессии у наблюдаемых пациентов;
3. Оценить качество жизни пациентов с сочетанной патологией;
4. Выявить взаимосвязи клинических проявлений, тревоги, депрессии и качества жизни.

Материалы и методы. Обследовано 47 человек, 33 мужчины (70%) и 14 женщин (30%), средний возраст составил 62,96 года ($\pm 9,56$), индекс массы тела (ИМТ) = 28 ($\pm 4,45$), индекс курения (ИК) = 26,12 ($\pm 20,96$). Все пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа, состоявшая из 17 человек, была представлена пациентами с ИБС: стенокардией напряжения I - III ФК; 2-ю группу составили 10 пациентов с ХОБЛ I - III стадии; 3-я группа - пациенты ИБС, стенокардией напряжения I - III ФК в сочетании с ХОБЛ I - III стадии, 20 человек. Набор пациентов проводился на базе терапевтического и кардиологического отделений ГКБ № 3.

Диагноз «ИБС: стабильная стенокардия» устанавливался в соответствии с рекомендациями экспертов ВНОК (2004); функциональные классы - согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов (2001). Диагноз «ХОБЛ» верифицировался в соответствии с программой GOLD (2006). У всех пациентов изучались клинические проявления ИБС с помощью формализованного опросника стенокардии, респираторные симптомы с помощью шкал выраженности кашля, одышки (MRC, Borg), тревога и депрессия с помощью опросников тревоги и депрессии Цунга, качество жизни по опроснику SF-36.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 7.0. Для определения достоверности различий в группах использовались непараметрические методы. Для трех независимых выборок применяли критерий Краскела-Уоллиса, однофакторный дисперсионный анализ, для двух независимых выборок - критерий Манна-Уитни. Для оценки связи применялся корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$.

Результаты. Тревожный синдром встречался у 60% пациентов, из которых у 32% пациентов выявлялась тревога средней степени, а у 28% - тревога легкой степени, у 40% - тревоги не было. Распределение частоты встречаемости тревоги по группам следующее: у 36% пациентов с сочетанной патологией (45% - тревога средней степени, 22% - тревога легкой степени) и у 24% с изолированной ИБС (42% - тревога легкой степени, 25% - тревога средней степени), у пациентов с изолированной ХОБЛ тревожных расстройств выявлено не было. При проведении корреляционного анализа была выявлена умеренная прямая достоверная связь между уровнем депрессии и уровнем одышки ($r=0,56$; $p < 0,05$). Обнаружена прямая достоверная умеренная связь уровня тревоги с уровнем дневного кашля и количеством мокроты у пациентов ($r=0,46$ и $r=0,58$; $p < 0,05$). Достоверных различий по уровню тревоги в группах выявлено не было ($p > 0,05$).

Депрессивный синдром был выявлен у 18% обследованных, из которых у 6% пациентов он был представлен депрессией средней степени, 12% - депрессией легкой степени тяжести, у 82% пациентов депрессия отсутствовала. Истинной депрессии выявлено не было. Выявлено следующее распределение депрессии по группам: в 15% у больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ (16,5% депрессия легкой степени, 11,5% депрессия средней степени) и в 3% у больных с ИБС (8,3% депрессия легкой степени), у пациентов с изолированной ХОБЛ депрессивного синдрома не наблюдалось. По уровню депрессии группы также достоверно не отличались ($p > 0,05$).

При изучении качества жизни выявлено значительное снижение качества жизни пациентов. Средний уровень суммарного физического компонента здоровья (PH – Physical Health) составил $41,38 \pm 4,9$. Средний уровень по психическому компоненту здоровья (MH – Mental Health) составил $40,77 \pm 11,3$. Данные цифры указывают на значительное снижение качества жизни как по физическому, так и по психическому состоянию пациентов. Достоверных различий между всеми компонентами качества жизни в группах выявлено не было.

Были выявлены достоверные различия в зависимости от наличия или отсутствия тревоги по следующим компонентам качества жизни: общее состояние здоровья (GH – General Health), жизненная активность (VT – Vitality), социальное функционирование (SF – Social Functioning), психическое здоровье (MH – Mental Health) и общий психологический компонент здоровья (MH_{sum}).

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Компоненты качества жизни в зависимости от наличия тревоги

Тревога	GH	VT	SF	MH	MH _{sum}	p
Есть	38,08*	33,68	48,43	47,57	37	$p < 0,05$
Нет	49,4	56	77,50	70,3	47	$p < 0,05$

* - средние компонентов в группах

По наличию или отсутствию депрессии были выявлены достоверные различия по физическому (PF) и социальному функционированию (SF), жизненной активности (VT), психическому здоровью (MH).

Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2. Компоненты качества жизни в зависимости от наличия депрессии

Депрессия	PF	VT	SF	MH	p
Есть	18,33	20,17	28,16	35,33	$p < 0,05$
Нет	55,86	46,52	60,32	60,36	$p < 0,05$

При проведении корреляционного анализа также были выявлены достоверные обратные связи уровня тревоги с VT($r=-0,68$), SF($r=-0,68$), MH($r=-0,62$), MH_{sum}($r=-0,65$), а также интенсивности боли (BP – Body Pain) ($r=-0,50$), $p < 0,05$; и уровня депрессии с PF($r=-0,56$), VT($r=-0,63$), SF($r=-0,65$), MH_{sum}($r=-0,58$), $p < 0,05$.

Выводы.

1. Среди больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС распространена тревога легкой и средней степени выраженности;

2. Депрессия у больных с сочетанной патологией встречается редко и представлена в основном легкой степенью;
3. Наблюдается значительное снижение качества жизни больных с сочетанной патологией, как по физическому, так и по психическому компоненту здоровья;
4. При наличии тревоги и депрессии у пациентов вне зависимости от заболевания значительно снижается физическое и социальное функционирование, жизненная активность, психическое и общее состояние здоровья.

Шадарова М.Л. Оценка психопатологических расстройств у больных псориазом

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель: исследование психоэмоционального статуса и выявление психосоматической предрасположенности у пациентов страдающих псориазом.

Материалы и методы: в исследование было включено 80 пациентов факультетской клиники кожных болезней ИГМУ с диагнозом псориаз, из них 27 женщин и 53 мужчины, таким образом соотношение лиц мужского и женского пола 1:2, средний возраст в исследуемой группе обследуемых составил 38 лет; средняя продолжительность заболевания 5,5 лет.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, в качестве оценочных методов использовались следующие шкалы Гамильтона для оценки депрессии, Гамильтона для оценки тревоги, шкала Спилберга, опросник Акцент 2-90 (Вигдорчика).

При проведении обследования было выявлено следующее:

1. По шкале Гамильтона для оценки депрессии у 46 (57,5%) пациентов сумма баллов соответствовала малому депрессивному эпизоду; у 25 (31,3%) суммарный балл превышал 17, что соответствовало большому депрессивному эпизоду.

Таким образом, в исследуемой группе депрессивные расстройства обнаруживаются у 71 (88,8%) больного. По ведущему компоненту аффективного звена больные подразделяются следующим образом: апатический радикал был в 28 случаях (35%), с тоскливым радикалом – 25 случаев (30%), в оставшихся 28 случаях (35%), при отсутствии собственно жалоб на сниженное настроение, в клинической картине преобладали преимущественно соматические эквиваленты депрессии в виде инсомнии или гиперсомнии, синдрома гипервентиляции, цефалгий, диспептических проявлений.

2. по шкале Гамильтона для оценки тревоги у 48 (60%) человек суммарный балл составил 8-20 баллов, что соответствует уровню симптоматической тревоги; в 39 (48,8%) случаях суммарный балл превышал 20, что свидетельствовало о клинически значимой тревоге.

3. по данным опросника Спилберга: у 25 (31,3%) больных выявлен высокий уровень по шкале ситуативной тревожности; у 45 (56,2%) больных - превышающий норму показатель по шкале личностной тревожности. Следует отметить, что в 12 случаях наблюдалось сочетание и ситуативной и личностной тревожности.

4. по результатам опросника Акцент-2-90: в 42 (52,5%) случаях отмечался высокий уровень личностной тревожности; в 26 (32,5%) случаях была выявлена реактивная тревожность, возможно связанная с госпитализацией, обострением заболевания или процедурой исследования. У 29 пациентов, с высоким уровнем личностной тревоги (23 из которых были мужчины в возрасте от 35-40 лет) отмечались признаки социальной отчужденности, восприятие окружающего мира как враждебного, избирательность в социальных контактах, обостренная чувствительность к критическим замечаниям в свой адрес и т.п. Во время собеседования эти больные скуповали информацию о себе, занимали пассивно-агрессивную позицию по отношению к психотерапевту, обнаруживали быструю утомляемость, у 15 из них наблюдалось расстройство поведения в форме злоупотребления алкоголем.

У 29 пациентов анамнестические данные свидетельствовали о недостаточной адаптации к внезапно изменяющимся условиям жизни и проявляющиеся в виде навязчивых страхов, сомнений и сопровождающиеся ритуальными действиями, 15 человек из данной группы в детстве страдали логоневрозом, энурезом и ночными страхами.

Выводы: Полученные данные указывают на высокий уровень тревожности, повышенную частоту расстройств депрессивного круга у больных псориазом, что предполагает необходимость применения психотерапии в комплексном лечении данного заболевания.

Якубович А.И., Новицкая Н.Н. Особенности комплексного лечения больных псориазом

Медицинский государственный университет, г. Иркутск

Среди психических нарушений у больных псориазом довольно часто встречаются тревожные расстройства (О.В. Павлова, Ю.К. Скрипкин, 2007).

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ клинической эффективности традиционной терапии больных псориазом в сравнении с комплексным (с применением афобазола) лечением, а также в их воздействии на качество жизни больных псориазом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 37 стационарных больных (20 женщин и 17 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет), с различными клиническими формами псориаза с наличием в клинической картине симптомов тревоги. Оценка кожного процесса проводилась путём клинического осмотра, а также использования индекса PASI. Для оценки тревожных состояний использовались методика самооценки Ч.Д. Спилберга. Наряду с этим проводилось исследование качества жизни с помощью опросников СКИНДЕКС-29 и “ПСОРИАТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС НАРУШЕНИЙ” (PDI) до и через 4 недели лечения.

Результаты и обсуждение. В комплексную терапию 19 больных псориазом был включён современный транквилизатор – афобазол в средней суточной дозе 30 мг/сут (основная группа, n=19). Наряду с этим пациенты получали традиционную дерматологическую терапию. Пациенты второй группы (n=18) получали только традиционное дерматологическое лечение. В ходе лечения у пациентов основной группы было отмечено повышение общего фона настроения, снижение раздражительности, беспокойства. Снижился уровень реактивной тревожности (по методике самооценки Спилберга, средний балл – 31, при исходном среднем балле 48). К концу 4-ой недели лечения в основной группе у 8 (42,1%) больных индекс PASI уменьшился более чем на 75%, что расценивалось как значительное улучшение, у 9 (47,3%) больных индекс PASI уменьшился на 50% и более – клиническое улучшение, у 2 (10,6%) больных отмечено незначительное улучшение (регресс PASI не более 25%): в эту группу вошли пациенты с торпидно протекающим экссудативным псориазом. В группе больных, не получавших селективный анксиолитик, к концу 4-й недели лечения значительное улучшение было отмечено у 2 (11,1%) больных, клиническое улучшение – у 7 (38,9%) и незначительное улучшение – у 9 (50%). Наряду с этим пациенты продолжали предъявлять жалобы на беспокойство, напряжение, волнение, постоянное предчувствие несчастья. Положительная динамика со стороны кожного процесса коррелировала с динамикой показателей качества жизни. Однако необходимо отметить, что качество жизни у пациентов основной группы по средним показателям значительно выше (21 балл (“Скиндекс-29”) и 8 баллов(PDI, оценка Tick-box метода)), чем у пациентов, получавших традиционное лечение (46 балла (“Скиндекс-29”) и 15 баллов(PDI, оценка Tick-box метода)).

Полученные нами, результаты свидетельствуют о том, что применение афобазола в комплексном лечении больных псориазом с наличием в клинической картине симптомов тревоги по сравнению с традиционным дерматотропным лечением, более эффективно.

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Березанцев А.Ю., Митрофанова О.И. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией (психосоматические и гендерные аспекты)

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Москва

В психиатрии в течение последних десятилетий отмечается всплеск интереса к социальным аспектам жизни психически больных (Кабанов М.М., 1988; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 1994). В последние годы, наряду с «объективными» количественными и качественными характеристиками социального функционирования все большее значение придается субъективным переживаниям своего жизненного благополучия, психосоматического здоровья, получившего определение «качество жизни» (Бурковский Г.В. и др., 1997; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1997, 1998; Lydiard R.V., 1993), что является ценной парадигмой в аспекте задач реабилитации, а также для оценки эффективности лечебно-восстановительных мероприятий и отражает стремление современной медицины обеспечить достойную жизнь пациента (Любов Е.Б., 1987; Краснов В.Н. и соавт., 2007; Gellert G.A., 1993; Burke M.J., Silkey B., Preskorn S.H., 1994). Становится очевидным, что качество жизни это сложное понятие, включающее субъективные и объективные показатели определенных параметров оценки, отражающее различные стороны социального, физического и психического функционирования (Марута Н.А. и соавт., 2004; Чуркин А.А., Демчева Н.К., 2005; Демчева Н.К., 2006 и др.).

С целью определить клинические, социально-психологические психосоматические и гендерные аспекты качества жизни больных шизофренией в различных группах населения, а так же оценить основные характеристики качества жизни, и социальной адаптации в аспекте задач реабилитации были обследованы 200 пациентов (150 женщин и 50 мужчин), проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Критериями отбора в группу являлись: согласие пациента на обследование, возраст больных от 18 до 70 лет, основной диагноз – шизофрения (F20.0, F20.2, F20.6, F20.8, F21).

Методы исследования. Изучение психического состояния исследуемых было произведено с помощью клинического интервью и анализа медицинской документации. Применялась карта обследования, включающая раздел, составленный на основе опросника ВОЗ для оценки качества жизни психически больных (WHOQOL-100), а так же его отечественных адаптаций. Карта обследования содержала более 100 параметров (анамнестических, демографических, соматических, психопатологических, субъективных). Клинико-катамнестическая часть исследования основывалась на изучении катамнеза больных после их выписки из стационара в 2004-2007 гг. (глубина катамнеза 1-3 года), а также изучения архивных историй болезни пациентов, что позволило оценить динамику заболевания и параметров их социальной адаптации. Для уточнения ряда психопатологических характеристик использовались шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении - шкалы для оценки негативных (SANS) и позитивных симптомов (SAPS).

Результаты. Клинико-психопатологический анализ показал преобладание у изученного контингента больных параноидных (40,5%) и аффективно-бредовых (29%) синдромальных форм заболевания. У большинства пациентов отмечался непрерывно-прогредиентный или приступообразно-прогредиентный тип течения шизофренического процесса (47% и 28% соотв.). В ходе исследования были выявлены в целом низкие показатели социального функционирования при высоком субъективном уровне удовлетворенности своим материальным и социальным положением, психосоматическим состоянием. В изученном контингенте больных чаще встречались пациенты с низким (88 чел., 44%) и средним комплаенсом (85 чел., 42,5%). Катамнестический анализ больных выявил частую встречаемость стабильно-негативного варианта социальной адаптации (94 чел., 47%). У больных ши-

зофренией женского и мужского пола (150 и 50 человек) установлены достоверные различия по клиническим параметрам, объективным показателям социальной адаптации и субъективным параметрам качества жизни. Клинико-психопатологический анализ выявил, что у мужчин по сравнению с женщинами достоверно чаще отмечались психопатоподобные проявления (соотв. 22% и 2,7%, $p < 0,001$) в структуре непрерывной малопрогрессирующей шизофрении (соотв. 18% и 7,3%, $p < 0,05$), склонность к агрессивным формам поведения (соотв. 38% и 15,3%, $p < 0,001$), злоупотреблению психоактивными веществами (соотв. 38% и 2%, $p < 0,001$). В то же время для женщин более характерным по сравнению с мужчинами была ипохондрическая симптоматика в структуре аффективно-бредовых приступов (11,3% и 0% соотв., $p < 0,05$) при преобладании приступообразно-прогрессирующей формы шизофрении (32,7% и 14% соотв., $p < 0,05$). Обнаружен более высокий уровень социального функционирования и адаптации пациентов-женщин по сравнению с мужчинами. Достоверно чаще пациенты женщины относили себя к христианской религии и имели хорошие взаимоотношения с религиозной организацией (69,3% и 46% соотв., $p < 0,01$). У пациентов мужчин достоверно чаще обнаруживалась полная удовлетворенность основными параметрами качества жизни и своим психосоматическим статусом, в то время как объективные показатели социальной адаптации были низкими (17 чел., 34%). У пациентов женщин отмечалась обратная тенденция – более высокие показатели социальной адаптации при субъективной неудовлетворенности основными параметрами качества жизни (58 чел., 38,7%). При этом отмечалась большее внимание к своему психическому и соматическому состоянию, часто фиксированность на своем психосоматическом самочувствии, о чем свидетельствует и преобладание ипохондрической симптоматики в клинической картине шизофрении. Сравнительное изучение пациентов, проживающих в городе и селе (141 чел., 70,5% и 59 чел., 29,5% соотв.) выявило особенности пациентов, проживающих в сельской местности, определяемые такими факторами, как удаленность сельских населенных пунктов от мест оказания медицинской помощи, плохое состояние транспортного сообщения, менее развитая социальная инфраструктура на селе и влиянием данных факторов на социальное функционирование пациентов. Установлено, что клиническими особенностями больных, проживающих в городе чаще по сравнению с сельскими пациентами были психопатоподобные расстройства (9,9% и 1,7% соотв., $p < 0,05$) и малопрогрессирующее течение заболевания (12,8% и 3,4% соотв., $p < 0,05$). У жителей села по сравнению с горожанами чаще встречался рекуррентный тип течения заболевания (3,4% и 0% соотв., $p < 0,05$) при достоверно большей остроте психопатологических расстройств. Материальное положение сельских жителей было ниже по сравнению с горожанами и они имели более низкий уровень комплаенса. Установлено, что субъективная оценка качества жизни, в том числе его психосоматическими параметрами (самочувствие, состояние здоровья) больных, проживающих в селе была более адекватной по сравнению с городскими жителями. Сравнительный анализ больных, проживающих в городе и сельской местности, а также разных возрастных групп с учетом фактора пола (между женщинами, проживающими в городе и селе, а также между мужчинами и женщинами в городе и в сельской местности и в разных возрастных группах) выявил те же закономерности, которые были характерны для общей выборки больных, что показывает, что фактор пола, а также связанные с ним гендерные механизмы социальной адаптации, включающие установки и поведенческие паттерны, касающиеся отношения к здоровью, комплаенса носят универсальный характер, и проявляются независимо от преобладающей психопатологической симптоматики, этапа психического заболевания и социально-экономических условий, в которых находится пациент. Группу больных со стабильно-позитивным вариантом социальной адаптации составили лица в возрасте 36-55 лет (46,5%), в большинстве своем женщины (88%) имеющие среднее специальное образование (46,5%). У пациентов в данной подгруппе отмечалось преобладание приступообразно-прогрессирующей параноидной шизофрении с частым доминированием в клинической картине депрессивно-параноидной симптоматики с ипохондрической фиксацией. Для них были характерны лучшие показатели профессиональной, социальной и семейной адаптации, редкое злоупотребление психоактивными веществами, широкий круг общения и

социальной поддержки, высокий уровень комплаенса. При этом у значительной части пациентов выявлялась неадекватно-негативная субъективная оценка качества жизни, включая субъективное психосоматическое самочувствие, озабоченность своим здоровьем. При сравнительном анализе с учетом фактора пола не было установлено значимых различий в клинических проявлениях заболевания и уровне социального функционирования мужчин и женщин, в то же время было установлено, что в выборке женщин устойчивая социальная адаптация была связана преимущественно с семейными факторами, а у мужчин – с факторами профессиональной занятости. Среди пациентов со стабильно-негативным вариантом социальной адаптации достоверно чаще преобладали лица с непрерывно-прогредиентным течением заболевания и психопатоподобной симптоматикой. Для них были характерны низкие показатели социальной адаптации. При этом большинство пациентов были удовлетворены качеством жизни и своим психосоматическим состоянием (неадекватно-позитивный вариант). В подгруппе пациентов с негативно-динамическим вариантом социальной адаптации преобладали лица с непрерывно-прогредиентным вариантом течения заболевания, параноидной и аффективно-бредовой симптоматикой. В клинической картине отмечались более выраженные психопатологические проявления по сравнению с другими подгруппами, часто с явлениями зависимости от алкоголя. Для них были характерны явления социального дрейфа с нарастающими явлениями социальной дезадаптации, сужением социальных контактов и распадом навыков самообслуживания, низкий материальный уровень, неудовлетворительные бытовые условия при полной субъективной удовлетворенности основными параметрами качества жизни (неадекватно-позитивный вариант) и низким уровнем комплаенса. При сравнительном анализе с учетом фактора пола в данной подгруппе было выявлено достоверное преобладание пациентов мужчин. В клинической картине у мужчин достоверно чаще, по сравнению с другими подгруппами отмечались бредовые идеи ревности, у – женщин проявления синдрома зависимости от алкоголя. Семейная и социальная адаптация как у женщин, так и мужчин была резко снижена (несколько в меньшей степени у женщин). Оценка параметров качества жизни и социального функционирования с учетом гендерных аспектов при проведении комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий больным шизофренией в разных социальных группах населения способствует более дифференцированному подходу к реабилитации и выработке оптимальных терапевтических стратегий. У больных шизофренией нарушения социальной адаптации связаны прежде всего с клиническими факторами (остротой, характером психопатологической симптоматики, длительностью заболевания, выраженностью личностных изменений). В то же время одним из аспектов социальной адаптации является влияние факторов, связанных с гендерными механизмами, которые представляют собой комплексы аттитудов и поведенческих паттернов, связанных с полом. Социальная адаптация у больных шизофренией женского пола связана преимущественно с семейными, социально-бытовыми факторами, заботой о своем здоровье (что включает отсутствие злоупотребления психоактивными веществами, приверженность лечению), широким спектром социальных контактов, взаимодействием с религиозными организациями. Для больных мужского пола сохранность социальной адаптации включает в себя, прежде всего, профессиональную деятельность и занятость, затем – факторы семейного и бытового функционирования. Различные аттитуды и поведенческие паттерны гендерных механизмов адаптации тесно взаимосвязаны между собой и нарушение одной из составляющих, как правило, влечет за собой искажение остальных с последующим системным ухудшением параметров качества жизни и социального функционирования пациентов. Раннее выявление проблемных аспектов адаптации у больных шизофренией с учетом фактора пола позволяет целенаправленно проводить лечебно-реабилитационные мероприятия, направленные на превенцию социального дрейфа и дальнейшего ухудшения параметров социального функционирования.

Заключение. Таким образом, качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией связано с комплексом клинических, демографических, социально-психологических характеристик, которые определяют адаптационные возможности данного контингента больных. Комплексы социально-клинических факторов, специфичных для раз-

личных групп населения оказывают влияние на эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий и на приверженность лечению у больных шизофренией. Фактор пола, а также связанные с ним гендерные механизмы социальной адаптации определяют различия в клинических проявлениях шизофрении и типах её течения, а также взаимосвязаны с объективными показателями социальной адаптации и субъективными параметрами качества жизни пациентов, включая удовлетворенность своим психосоматическим состоянием, что определяет направленность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Великанова Л.П. Клинико-психологические корреляции при различных формах дизадаптации в юношеском возрасте

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, кафедра наркологии и психотерапии, г. Астрахань

При относительном многообразии клинических проявлений дизадаптации, ее облигатным признаком является синдром психоэмоционального напряжения или хронической тревожности [1]. При длительном существовании он обуславливает истощение адаптивных возможностей и нарушение барьера психической и /или соматической адаптации. Эмоциональная устойчивость в таком контексте рассматривается как интегративная динамическая характеристика, являющаяся основой психологического здоровья личности [3].

Целью проведенного исследования явилось уточнение личностно-психологических характеристик индивидуума, способствующих/препятствующих развитию дизадаптации. Использовалась неклиническая выборка испытуемых. На протяжении учебного года с кратностью $2,8 \pm 0,95$ раз проводилось сплошное невыборочное психодиагностическое обследование студентов 2 курса медицинского вуза (382 человека – 110 юношей и 272 девушки); средний возраст $-19,5 \pm 1,7$.

Батарей тестов включала тест Тейлор, Спилбергера, Айзенка, Бека, шестнадцатифакторный личностный опросник Р. Кэттелла. Для определения клинических форм дизадаптации использовались данные клинического обследования, медицинской документации (карты наблюдения студенческой поликлиники), анкета- опросник для выявления пограничных нервно-психических расстройств, разработанная коллективом кафедры психиатрии и медицинской психологии Астраханской академии. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0 for Windows, Microsoft Excel, версия 7.1.

На основании анализа полученных данных, все обследованные были разделены на 4 группы с учетом клинико-нозологических форм.

Первую группу (НР-35чел) составили студенты, имеющие наряду с соматической патологией невротические расстройства (невротические реакции и состояния, в единичных случаях - невротические развития).

Во вторую группу (ПС – 140 чел.) вошли студенты с психосоматическими реакциями и состояниями (вегето-сосудистой дистония всех типов, функциональные кардиопатии, бронхиальная астма, гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, колит, гипертиреоз, аллергодерматит и их сочетания).

Третья группа (УЗ-191чел.) включала условно здоровых, у которых сведений о заболеваниях выявлено не было, либо был констатирован один эпизод (в основном, детская инфекция в раннем возрасте; чаще всего – ветряная оспа).

Четвертая группа (ЧБ-10 чел.) объединила студентов с 6-ю и более эпизодами заболеваний, которые были условно отнесены к разряду часто болеющих. Результаты психодиагностического обследования в группах сравнения представлены в сводной таблице 1.

При сопоставлении показателей, характеризующих уровень общей тревожности (тест Тейлор), выявилось ее преобладание в группах НР и ПС по сравнению с группой УЗ (таб. 1) Показатели в группах НР и ПС значимо не отличались, однако в группе ПС наблюдалось их

снижение. Обращает внимание сравнительно высокий уровень общей тревожности и в группе ЧБ: он выше, чем в группе УЗ, но ниже, чем в группе НР (различия статистически не достоверны). Учитывая критерии включения в данную группу, эти показатели могут объясняться совокупным влиянием сомато-, нозо- и социогенных факторов.

Результаты теста Спилбергера демонстрировали идентичные тесту Тейлор соотношения показателей в группах (таб.1). Наибольшие различия выявлены между группами НР и УЗ и ПС и УЗ. Следует особо отметить близость показателей личностной тревожности (ЛТ) в группах НР и ПС (с их преобладанием в группе НР).

Аналогично распределились показатели теста Бека в группах (табл.1): субдепрессивные тенденции, выявляемые тестом Бека, были достоверно выше в группе НР и ПС, по сравнению с группой УЗ и их показатели почти не отличались между собой.

Таблица 1.

Психологические характеристики эмоциональной сферы в группах сравнения

	НР	ПС	УЗ	ЧБ
Общая тревожность	24,3±6,2 n=31	22,4±8,0*(сУЗ) n=134	19,6±8,3*(сНР) n=177	22,2±10,9 n=10
Реактивная тревожность	33,1 ±10,0 n=31	29,1±8,1**(сНР) n=116	29,0±9,5*(сНР) n=107	27,1±9,9 n=9
Личностная тревожность	49,5±8,9 n=31	47,2±9,7*(сУЗ) n=116	44,1 ±8,9*(сНР) n=107	45,4±15,2 n=9
Субдепрессия	0,54±0,34 n=22	0,53 ±0,29*(сУЗ) n=78	0,40±0,25**(сНР) n=37	0,46±0,25 n=7
Экстраверсия	13,6±2,6 n=31	13,8±3,1 n=135	13,8 ±2,5 n=182	14,40±3,5 n=10
Нейротизм	14,2±2,9 n=31	13,5±3,8 n=135	12,5±3,7 n=182	13,7 ±4,6 n=10

Примечание: *- различия достоверные ($p < 0,05$); ** - различия на уровне тенденций ($p < 0,1$) (критерии Шеффе, Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни)

Достоверных различий по показателям экстраверсии (тест Айзенка) между группами не выявлялось. Показатели нейротизма были выше во всех нозологических группах по сравнению с группой условно здоровых, но различия не были достоверными (таб.1).

Сравнительный анализ показателей 16-факторного опросника Кетелла представлен в таблице 2.

При анализе отклоняющихся значений факторов, обнаружили определенные закономерности. В группе НР это были факторы, характеризующие тревожность, обеспокоенность, неуверенность, депрессивность, склонность к самобичеванию, повышенное чувство долга, чувство вины (О и F1), эмоциональную неустойчивость (С, F3), наивность, непосредственность, эмоциональную несдержанность (N). Перечисленные психологические характеристики личности в совокупности свидетельствуют об уровне ее стрессоустойчивости. В числе отклоняющихся был фактор L, отражающий такие свойства личности, как подозрительность, догматичность, внутреннее напряжение, склонность фиксироваться на неудачах. Эти качества личности могут затруднять эмоциональное отреагирование в стрессовых ситуациях. Отрицательные значения фактора С связываются со всеми формами невротических расстройств, высокий балл по фактору О распространен в клинических группах всех типов

[2]. В группе ПС также отмечались высокие значения фактора L, O, F1 и низкие -N и F3. Сходное распределение факторов в группах НР и ПС может свидетельствовать в пользу предположения об общности патогенеза невротических и психосоматических расстройств.

Таблица 2.

Показатели теста Кэттелла в нозологических группах

	НР n=72	ПС n=98	УЗ n=107	ЧБ n=15
A	6,5±1,6	6,3±1,5	6,3±1,6	5,6±2,1
B	5,2±2,4	4,3±2,6	5,1±2,7	5,7±3,5
C	4,6±1,2	5,0±1,6	5,5±1,9	6,0±4,0
E	6,4±1,6	6,1±1,8	6,4±1,8	5,0±1,0
F	5,5±1,8	4,8±1,8	5,1±2,0**(сЧБ)	3,3±1,5**(сНР)
G	5,3±1,7	4,9±1,6	4,9±1,7	5,0±1,7
H	6,4±1,7	6,1±1,7	5,9±1,9	4,7±1,5
I	6,5±1,8	6,4±1,9	6,5±1,9	7,0±3,0
L	7,7±1,7	7,3±1,7	6,7±1,5	8,3±1,5
M	5,9±1,4	6,0±1,5	5,0±1,8*(сПС)	6,3±0,6
N	4,7±2,1	4,8±1,7	5,5±1,9	6,3±2,5
O	6,9±1,7	6,5±1,3	6,2±1,8	4,7±2,1
Q1	6,2±1,8	6,9±1,4**(сНР)	6,5±1,9**(сПС)	7,0±1,0
Q2	5,9±2,3	6,3±1,6	6,0±1,7	6,3±2,1
Q3	5,8±2,2	6,3±1,9	6,3±1,9	5,0±1,7
Q4	6,4±1,7	5,9±1,5	5,7±1,7	4,7±2,1
F1	7,4±1,3	7,1±1,2	6,9±1,4	7,2±1,4
F2	6,3±1,6	5,7±1,8	5,9±2,0	3,9±1,5
F3	4,3±1,7	4,3±1,4	4,8±1,6	4,1±2,2
F4	6,3±1,9	6,6±1,2	6,0±1,6**(сПС)	6,7±0,5

Примечание: *- достоверные различия, $p < 0,05$; ** - различия на уровне тенденций (критерий Манна-Уитни, критерий Шеффе)

В группе ЧБ сходство с двумя предыдущими группами исчерпывалось факторами L, F1, F3. В числе отклоняющихся были значения факторов F (трезвость, осторожность, серьезность, молчаливость), H (робость, застенчивость, боязливость, неуверенность, сдержанность), F2 (интровертированность), I (слабость, зависимость, сензитивность). Следует оговориться, что упомянутые особенности личности часто болеющих могут иметь и соматогенное происхождение. Ввиду малочисленности группы мы ограничились их констатацией.

В группе УЗ все факторы были практически в пределах средних значений.

Анализ всей совокупности показателей, полученных в процессе психодиагностического скрининга подтверждает представления о чувствительности, реактивности и задействованности эмоциональной сферы индивидуума в формировании патологических форм дезадаптации. Об этом свидетельствуют стойкие тренды различных констелляций результатов обследования: показатели тревожности (общей, реактивной, личностной) субдепрессии. Значимость эмоционального напряжения как фактора риска развития психической и соматической патологии независимо от его природы подтверждена многочисленными исследованиями.

Близость показателей и основных закономерностей их распределения в группах НР и ПС согласуется с представлениями о единстве механизмов патогенеза невротических и психосоматических расстройств, по крайней мере, на начальных этапах их динамики.

Направления основных тенденций, характеризующих изменения в эмоциональных проявлениях в группах сравнения, прослеженные в процессе анализа результатов исследования, свидетельствуют о постепенном снижении эмоционального напряжения и эмоционального ответа при переходе от невротических расстройств к психосоматическим. Этот факт под-

тверждает высказывание F.Deutsch [3, 4] о неврозах, как о первой линии обороны при прорыве барьера психической адаптации.

Выявленные различия показателей в группах демонстрируют наличие параллелей между клиническими проявлениями и психологическими характеристиками индивидуума (преимущественно эмоциональной сферы и эмоционального реагирования). Полученные результаты позволяют на психологическом уровне выделить predisponирующие факторы и, с определенной степенью достоверности, прогнозировать возможность дезадаптации на клиническом уровне.

Гришина Е.И., Кравцова Т.В., Великанова Л.П. Исследование индивидуальных стратегий совладания как способ выявления группы риска при нарушении пищевого поведения

ГОУ ВПО АГМА «РОСЗДРАВА», г.АСТРАХАНЬ

Цель: изучение мотивов пищевого поведения и их зависимость от индивидуального стиля совладания.

Материалы и методы: Обследовано 34 человека (студенты ВУЗа), без признаков избыточного веса, из них 10 мужчин и 24 женщины, средний возраст $22,45 \pm 0,63$ года. Использовались эпидемиологический метод, экспериментально-психологический (методика исследования индивидуальных стратегий совладания Э.Хайма); статистический (критерий Стьюдента для долей процентов).

Проведенное анонимное анкетирование в зависимости от мотива употребления пищи позволило разделить испытуемых на 3 группы: в 1-й группе (20 человек) – прослеживаются субмиссивные и стереотипные мотивы: прием пищи не обусловлен чувством голода, едят «за компанию», «от нечего делать», «во время просмотра телевизора»; во 2-й группе (10 человек) – атарактические мотивы: едят с целью улучшения эмоционального состояния во время ощущения тревоги, страха, волнения, эмоционального напряжения; 3-я группа (4 человека) – с проявлением психосоматической реакции: декларировали отказ от еды во время эмоционального напряжения.

Результаты исследования:

Респонденты 1-й и 2-й групп демонстрировали как продуктивные так и непродуктивные стили преодоления. Интервьюеры 3-й группы неадаптивных форм совладания не обнаружили ни в одной из сфер.

Среди продуктивных и относительно продуктивных копинг-механизмов обнаружены различные предпочтения в когнитивной сфере у разных групп испытуемых: в 1-й группе «сохранение самообладания» - как адекватное разрешение проблемы, во 2-й – «Игнорирование», «Проблемный анализ», «Поиск смысла», в 3-й – «Проблемный анализ».

Поведенческая сфера у лиц с субмиссивными и стереотипными мотивами характеризовалась выраженностью таких реакций, как «Оптимизм», у лиц с атарактическими мотивами - максимальное и равномерное распределение получили «Игнорирование», «Проблемный анализ» и «Поиск смысла», у лиц с психосоматической реакцией - «Проблемный анализ».

«Оптимизм» как продуктивный копинг эмоциональных стратегий стал выбором испытуемых всех трех групп.

Вместе с тем испытуемые 1-й и 2-й групп продемонстрировали и стратегии не устраняющие состояние стресса, а напротив, способствующие его усилению. Среди вариантов эмоционального копинга у респондентов 1-й группы отмечены неадаптивные формы (26%), из которых одинаково часто встречались «Подавление эмоций» и «Самообвинение». Из неадаптивных форм в поведенческой сфере (35,0%) – «Отступление» и «Активное избегание». Среди когнитивных стратегий совладания неадаптивных способов не наблюдалось.

Во 2-й группе к непродуктивному копингу в эмоциональной сфере («Эмоциональная разрядка») прибегали 20,0%, в поведенческой – 30,0%, из которых выделились «Активное

избегание» и «Отступление», в когнитивной сфере на «Растерянность» указали 10,0%. Различия между 1-й и 2-й группами оказались не достоверными.

Заключение: Таким образом, обнаружена взаимосвязь мотивов употребления пищи с индивидуальными стратегиями преодоления. Прием пищи может являться непродуктивным механизмом совладания, компенсирующим психосоциальное неблагополучие. Дальнейшее изучение копинг-механизмов необходимо для выявления группы риска, а следовательно и проведению профилактических мероприятий, направленных против формирования пищевой аддикции.

Корытов Л.И. Сусликова М.И. Стресс – один из механизмов формирования психосоматической патологии

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Согласно точки зрения Г. Селье, стресс-это общие, неспецифические изменения в системе гипофиз - надпочечники, возникающие в ответ на любые «необычные» воздействия на организм (Селье Г.,1960). Однако концепция Г. Селье об общем адаптационном синдроме не включала нервное звено регуляции ответной реакции организма на стресс-воздействия.

Многочисленными последующими исследованиями (Короленко Ц.П.,1978; Меерсон Ф.З.,1981; Бехтерева Н.П.,1984; Судаков К.В.,2004 и мн. др.) было показано, что механизмы неспецифической резистентности не ограничиваются лишь эндокринной системой; они имеют более сложную природу своего происхождения и нервной системе принадлежит ведущая, пусковая роль.

Проблема длительных психоэмоциональных напряжений при увеличении темпа жизни для человека приобрела в настоящее время актуальное значение. Известно, что при повторных психотравмирующих ситуациях развивается сложный комплекс психосоматических нарушений, очень часто обозначаемый как психогенный стресс. Нет четкого определения психогенного стресса. Эмоциональное напряжение всегда сопровождает любое стрессорное воздействие и поэтому сложно выделить ведущий компонент данного функционального состояния. Чаще всего термин «психогенный стресс» используется для определения формы стресса, возникающего под влиянием психогенных факторов, воздействующих первично на высшие функции головного мозга (Новицкий В.В., Гольдберг Е.Д. и др.,2001), при этом в качестве стрессорной реакции может быть названа только такая реакция организма при которой физиологические и психологические интегративные способности напряжены до предела (Вальдман А.В. и др.,1979).

Следует отметить, что многие физические факторы, такие как ноцицептивное воздействие, иммобилизация первично вызывают эмоционально стрессорную реакцию, обусловленную негативной психологической оценкой воздействий, которых трудно избежать. Такие факторы применяются для моделирования психогенного стресса у животных. Нередко синонимом данного понятия в литературе является термин «эмоциональный» или «психоэмоциональный» стресс.

Стресс имеет адаптивное значение. Стрессорные состояния повышают общую резистентность организма, но стресс и его последствия также могут быть звеном патогенеза различной патологии (так называемые болезни адаптации). Симптоматика эмоционального стресса очень вариабельна и в достаточной мере обусловлена не только физическими или другими параметрами действующего фактора (факторов), но, прежде всего, индивидуальными и личностными особенностями индивидуума.

Так, нарушения психической сферы включают весь спектр невротических и психопатических состояний (Вальдман А.В. и др.,1979). «Психогенный» стресс сопровождается значительными изменениями соматических и висцеральных функций. Доказана роль эмоционального стресса как пускового фактора в развитии многих заболеваний, таких как гипертоническая болезнь (Вальдман А.В. и др.,1979) сердечные аритмии (Меерсон Ф.З и др.,1993), ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и многих других. В механизме развития по-

ражения сердечно-сосудистой системы при длительном эмоциональном напряжении одним из факторов является усиление обычных приспособительных гемодинамических реакций, которые приобретают характер патологических, т.е. физиологические процессы могут принимать патологическую картину и тем самым возникают нарушения соматовисцерального сопряжения ряда функций.

При моделировании психогенного стресса в опытах на животных Г. Селье более 75 лет назад доказал наличие поражений слизистой оболочки в пилорической части желудка и в области луковицы 12-перстной кишки. Ввиду того, что предметом наших собственных научных исследований является изучение ряда функций органов желудочно-кишечного тракта, мы в данной статье более подробно остановимся на результатах исследований в данной области.

В конце XIX и в начале XX века многочисленными исследованиями желудочно-кишечного тракта показано, что при стрессе закономерно развивается дискоординация моторной деятельности желудочно-кишечного тракта, с нарушением процесса всасывания (Сусликова М.И. и др., 2008) и они в своей совокупности могут быть одними из факторов развития язвенной болезни (Овсянников В.И. и др., 1996).

В частности, при иммобилизационном стрессе в эксперименте на животных наблюдается усиление моторной активности 12-перстной кишки при одновременном торможении моторики желудка, что приводит к дуоденогастральному рефлюксу (Березина Т.П. и др., 2007, Овсянников В.И. и др., 2006). Замедление опорожнения желудка и изменения моторики кишечного тракта возникают и у людей при страхе, гневе, болевых раздражениях, интенсивной физической работе.

В генезе ослабления моторной активности выдвигаются несколько механизмов (Березина Т.П., Овсянников В.И., 2007). На первом месте стоит адренергический механизм. За счет активации симпатoadреналовой системы происходит увеличение выделения норадреналина в преганглионарных волокнах и катехоламинов из мозгового слоя надпочечников. Большая роль отводится эффектам нейроэндокринных факторов стресса, таких как кортикотропин-рилизинг фактор и урокортин 1,2 и 3. Установлено, наличие рецепторов к кортикотропин-рилизинг фактору на нейронах энтеральной нервной системы. При введении в системный кровоток животных этих веществ отмечается торможение моторной активности антрального и пилорического отделов желудка, сходное со стрессорным воздействием. Возможно, эти гуморальные вещества активируют тормозные нейроны энтеральной нервной системы, медиаторами которых являются оксид азота и вазоинтестинальный пептид.

После фазы кратковременного торможения моторной функции 12-ти перстной кишки при стрессе развивается усиление сократительной активности. Эти данные получены при моделировании иммобилизационного стресса фиксацией кроликов к станку в положении на спине. Механизмы усиления сократительной функции 12-ти перстной кишки точно не выяснены, но существует несколько возможных путей (Овсянников В.И. и др., 2006). Наиболее вероятные следующие механизмы:

1) активация холинергического механизма, 2) активация эффекторных нейронов энтеральной нервной системы, медиатором которых является субстанция P, обладающая стимулирующим действием на гладкомышечные клетки. Однако, эти два механизма представляются маловероятными, так как в условиях блокады H- и M-холинорецепторов сохраняется усиление сократительной активности, 3) влияние гуморальных факторов, таких как мотилин, холецистокинин. Катехоламины, выделяемые при стрессе, могут активировать эндокринные клетки типа G и EC с выделением гастрина, серотонина совместно с энкефалинами. Данные гормоны способны стимулировать как снижение, так и повышение тонуса гладкой мускулатуры тонкой кишки, 4) нарушение функционирования Na,K-АТФазы, фермента, встроенного в мембрану миоцитов и выполняющего многообразные функции. Угнетение активности функционирования Na, K-АТФ-азы приводит к увеличению внутриклеточного Ca и повышению чувствительности гладких мышц к контрактильным веществам. Есть точки зрения, что торможение моторики тощей кишки может приводить к увеличению толщины преэпителиально-

го слоя и нарушению всасывания мономеров у ослабленных пациентов в условиях гипокинезии.

В исследованиях последнего времени отмечается, что стресс затрагивает все органы и системы, включая иммунную систему и систему крови. В крови при стрессе развивается полицитемия, изменение уровня эозинофилов, продукции интерлейкинов, что может приводить к нарушению функционирования иммунной системы, индуцируя различные инфекционные осложнения (Гриценко В.А. и др., 2000).

Резистентность организма в условиях стресса является полезным приспособительным результатом деятельности множества функциональных систем разного уровня организации биологических систем и работают эти системы как единый слаженный механизм (Судаков К.В., 1983, 1987, 1999; Панин Л.Е., 1983; Кобытов Л.И., 1992 и мн. другие). Стресс затрагивает не только системный и органнй уровни, он также имеет и молекулярные проявления (Маслова М.Н., 2005). Важнейший молекулярный механизм ответа клетки на любое стрессорное воздействие - это появление в клетке стресс-белков или белков теплового шока, выполняющих функции контроля экспрессии структурных генов, обеспечивая нормальную сборку белков и защиту клеточных структур от действия повреждающих факторов. Этот механизм оказался универсальным для разных типов клеток. В настоящее время известно несколько типов белков теплового шока (70, 75, 78 и 90 кДа) (Меерсон Ф.З. и др., 1993, Mosley Н., 2000).

Другим молекулярным механизмом стресса является комплекс биохимических изменений, связанный с изменением процессов свободнорадикального окисления в клетках и тканях («оксидативный стресс»). Происходящие при этом изменения в липидном обмене приводят к нарушению функционирования мембран клеточных структур, которые являются начальным звеном цепи многих нарушений биохимических и физиологических функций организма (Колесникова Л.И. и сотрудники, 2000-2008; Forman H.G. et al., 2004). Нарушения функционирования мембран приводят к угнетению активности Na,K-АТФазы, важнейшего фермента, отвечающего не только за поддержание ионного неравновесного состояния клетки, но и являющегося компонентом транспортной системы, участвующей в переносе в клетку таких веществ как глюкоза и аминокислоты. Другими известными, но все еще недостаточно изученными молекулярными механизмами являются агрегация и денатурация белков, Са-перегрузка, гиперпродукция оксида азота и др. Таким образом, стресс, затрагивая все уровни функционирования организма, является одним из важных механизмов психосоматической патологии и требует своего дальнейшего изучения в теоретическом и клиническом аспектах.

Михайлова Е.В. Патофизиологические основы взаимосвязи психической и соматической патологии.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск.

В настоящее время отмечается рост интереса к сочетанным формам заболеваний, как к патологии, более сложной в лечении и требующей более тщательного обследования. Многие авторы убедительно доказывают, что существование одного терапевтического заболевания существенно утяжеляет или модифицирует клинику другого. В частности, было доказано неблагоприятное влияние железодефицитной анемии на развитие и течение артериальной гипертензии (Балабина Н.М., 2007) и продемонстрировано различие в нейро-вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у лиц с сочетанием артериальной гипертензии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сравнении с пациентами, больными изолированной гипертензией (Хлыстова О.В. и др., 2007) Не меньше внимания уделяется и коморбидности соматических и психических расстройств. Проанализировав медицинскую документацию, Н.А. Корнетов определил, что те или иные психические расстройства выявляются в среднем у 12,6% стационарных больных с соматической патологией, причем из них всего

25,1% составляют мужчины (Корнетов Н.А. и др., 2005). В целом же, распространенность депрессивных расстройств у пациентов, обращающихся к врачам общей практики, составляет 20-30%, тревожных – более 20% (Старостина Е.Г., 2007). Отчасти, рост коморбидной соматическим заболеваниям психопатологии, объясняется улучшением диагностики. Первичное выявление психических больных с 1990 по 2006 год выросло на 40,7%, причем внебольничный контингент вырос на 13% (Гурович И.Я., 2007).

Сама по себе болезнь является значительным психотравмирующим фактором. Однако, в случае травм (дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи) угроза жизни наступает внезапно, и соматическое нездоровье может быть утяжелено как острыми реакциями на стресс, так и развитием посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это тревожное расстройство, которое может развиваться у некоторых людей после воздействия ужасающих событий, воспринимаемых, как жизненная катастрофа, в которых возник серьезный физический вред или его угроза.

Первоначально ПТСР было связано с насилием современных войн. Однако условия жизни в современных мегаполисах создают условия для того, чтобы о ПТСР начали говорить и применительно к ситуациям мирного времени. Израильскими учеными методом телефонного интервью было опрошено 4220 человек, бывших участниками травматических событий: дорожно-транспортных происшествий (76%), несчастных случаев на производстве (13%), террористических атак (4%) или прочих событий (7%). 289 из них отвечали критериям ПТСР (Busko M., 2007). Травматический стресс самый интенсивный, как правило, сочетает в себе физическую и психическую травму. Человек, перенесший этот стресс, нередко становится дезориентированным в последующей социальной жизни. У него преобладает деструктивная форма мотивации над конструктивной. Возникают межличностные конфликты в семье, на производстве. Изменяется поведение: алогичность, непоследовательность поступков, асоциальное поведение, алкоголизм, наркомания, психовегетативные расстройства. Безусловно, важны и соматогенные факторы: черепно-мозговые травмы, ранения. Под воздействием данных патогенетических факторов развиваются нарушения со стороны центральной нервной системы уровня невротических расстройств, различные нервно-психические синдромы на фоне последствий перенесенных черепно-мозговых травм и психосоматические расстройства. Например, К.А.Якунин, проводивший исследование головных болей в отдаленном периоде ЛЗЧМТ у молодых мужчин, указал на большую частоту встречаемости психогенной головной боли у этой категории пациентов (Якунин К.А., 1996). У женщин чаще отмечаются невротические, аффективные (депрессивные) расстройства, в то время как мужчины более склонны к расстройствам поведенческого, психопатического круга. Анализ наблюдений В.А.Мелик-Мкртычана (1965) и Т.Н.Гордовой (1973) показал, что и психопатоподобные состояния травматического генеза клинически неоднородны. Выделяют два основных типа формирования психопатоподобного синдрома:

- «простой», когда формирование синдрома происходит непосредственно после травмы;

- «сложный» или «последующий», когда психопатоподобные изменения возникают после других, более тяжелых синдромов (эпилептиформного, дисфорического).

Последний вариант формировался после более тяжелых травм и в более старшем возрасте.

В работе Я.А.Копаевой были обобщены результаты экспериментально-психологического исследования бывших военнослужащих, перенесших военную закрытую черепно-мозговую травму. Материалы исследования излагались в сравнительном аспекте по двум группам: группе лиц с затяжной декомпенсацией посттравматического дефекта и группе, где доминировали сосудистые расстройства. Анализ анамнеза болезни у больных «травматической» группы показал недостаточную реализацию их индивидуальных возможностей, преимущественно в труде, в послевоенные годы. Большинство больных этой группы отмечали, что после перенесенной травмы они никогда не чувствовали себя здоровыми. В отличие

от «травматической» у больных «сосудистой» группы, т.ч. с цереброваскулярным заболеванием уровень профессиональных достижений в послевоенном периоде был более высоким, так как степень выраженности посттравматической патологии не служила препятствием для реализации индивидуальных возможностей (Копаева Я.А., 1985).

Одним из наиболее часто встречающихся в медицине страданий является синдром астении. Он описывается как постоянное или часто возникающее переживание чувства общей слабости, сниженной работоспособности и повышенной утомляемости, встречается практически при любом заболевании. Различают астению при соматических заболеваниях и функциональную астению, связанную с физическим и психическим напряжением. Синдрому психогенной астении присуща своя психофизиологическая организация - высокий уровень тревоги, измененный способ формирования мотивации достижения, дисгармоничность способа разрешения фрустрирующих ситуаций. Длительно существующий стресс-синдром приводит к стойкому нарушению гомеостаза, формируется стадия истощения механизмов адаптации, нарушаются вегетативный и гормональный баланс, тканевый метаболизм.

Еще в начале XX века в экспериментах на животных заметили, что впрыскивание им токсичных вытяжек из разных желез вызывает в организме однотипную реакцию. Причем точно такую же, как переохладение, кровотечение и т.д. Этот, воспроизведенный в эксперименте, "синдром болезни" был моделью, поддающейся количественной оценке. Эта реакция была впервые описана в 1936 г. как "синдром, вызываемый различными вредоносными агентами", впоследствии получивший известность как *общий адаптационный синдром* (ОАС), или *синдром биологического стресса* (Селье Г., 1960). Он включает три последовательно сменяющихся друг друга фазы:

1. реакция тревоги;
2. фаза сопротивления;
3. фаза истощения.

Ответ на стресс опосредован чрезвычайно сложной, интегрированной сетью, которая включает в себя центральную нервную систему, надпочечники, иммунную и сердечно-сосудистую системы. Установлена также взаимосвязь между стрессом, депрессией и обменом аминокислот в префронтальной коре.

К настоящему времени существуют убедительные доказательства связи норадренэргических систем мозга и поведения, ассоциируемого со стрессом и тревогой. Большая часть норадренэргических нейронов локализованы в мосту с проекцией на кору и многочисленные подкорковые структуры, включая гиппокамп, миндалину, таламус и гипоталамус. Эта нейроанатомическая формация играет роль норадренэргической системы приспособленной для оперативных и глобальных изменений в функционировании мозга в ответ на изменения в окружающей среде (Bremner J. et al, 1998). Следует отметить одно обстоятельство ввиду его большого практического значения: трехфазная природа ОАС дала первое указание на то, что способность организма к приспособлению, или *адаптационная энергия*, не беспредельна.

Стресс активизирует адаптивные ответы. Умеренный стресс может вызывать полезные изменения. Но если стресс является слишком длительным или слишком сильным, то происходящие в организме изменения могут стать вредными. В исследованиях на животных показано, что вредное влияние стрессов на мозг проявляется в укорочении дендритов и снижении образования новых клеток в гиппокампе – участке мозга, ответственном за процессы памяти. Это способно нарушить связи между нейронами и негативно отразится на запоминании (Ji J., 2007). Существуют также доказательства того, что гормоны стресса, в частности кортикотропин-релизинг фактор, играют определенную роль в патогенезе депрессии (Ressler K., 2008). Сбои в работе данной системы, произошедшие в результате неблагоприятных воздействий в детском возрасте, повышают риск заболевания депрессией у взрослых.

В рамках современной цивилизации на человека постоянно воздействует множество стрессоров. Однако, даже в условиях столь неблагоприятного фона, адаптационные срывы, как правило, провоцируются необычными по силе или длительности факторами. В многочисленных исследованиях стресса выявлена зависимость стрессоустойчивости и особенно-

стей адаптации к стрессогенным условиям от таких свойств индивидуальности, как сила нервной системы, эмоциональная реактивность, тревожность и исходный уровень активации. В практической работе и обыденной жизни довольно часто человек попадает в состояния, именуемые предстартовыми. Переход в предстартовый период психически сильного, натренированного и опытного человека может вызвать у него озабоченность и повысить его предусмотрительность по отношению к основному и бдительность к тем «мелочам» в будущем деле, от которых подчас зависит его исход. Для него предстартовое состояние — это сигнал на мобилизацию резервов и их подготовку к действию.

Другой тип реакции на предстоящее событие — у незакаленного психически человека. У него может возникнуть такой уровень тревожности (страха), чаще всего из-за опасения не успеть сделать все необходимое. В самых худших своих проявлениях человек оказывается деморализованным настолько, что практически становится неспособным к продуктивной деятельности. Примером того может служить исследование частоты развития ПТСР среди персонала, работавшего на месте трагедии во Всемирном торговом центре 11 сентября 2001 года, показало, что она колеблется от 6,2% у полицейских до 21,2% у добровольных помощников (в среднем, составляя 12,4%). Обследование проводилось спустя 2-3 года после указанных событий (Perrin M. et al., 2007). В целом же, частота встречаемости ПТСР у жителей Нью-Йорка, даже живущих далеко от бывшего Всемирного торгового центра, с 11 сентября увеличилась вдвое по сравнению с нацией в целом. Всего же, по данным Society of Neuroscience, в 2004 году ПТСР страдало 5,2 миллиона американцев в возрасте от 18 до 54 лет.

ПТСР – серьезное заболевание головного мозга с биологическими маркерами. В частности, ученые установили, что при данном расстройстве области мозга, вовлеченные в процессы обучения, запоминания и выражения эмоций уменьшаются в размерах, что доказывает нарушение обмена мозговых нейромедиаторов. Возможно, это связано с постоянно повышенным уровнем стрессорных гормонов, как в ходе самого травматического события, так и в результате его постоянного «оживления». Хотя контрольное исследование монозиготных близнецов, дискордантных по факту травмы, показало, что тяжелые варианты ПТСР развиваются у тех пар, которые имели достоверно меньший размер гиппокампа (Gilbertson et al., 2002). Анализ различий между воспоминаниями о травме и самим травмирующим событием доказал важную роль диссоциации в механизмах развития ПТСР (Van der Kolk B., Fisler R., 1995). Воспоминания о травме у лиц с ПТСР представляют собой разрозненные фрагменты в виде отдельных образов, звуков, запахов или эмоций. Диссоциация, соматизация и нарушение аффективной регуляции представляет собой адаптацию к хронической эмоциональной травматизации и характеризует так называемое «комплексное» ПТСР. В отличие от «простого», данный вариант расстройства возникает у людей, травмированных в раннем возрасте, или страдающих от затяжного интерперсонального конфликта (Van der Kolk B. et al., 1996).

В своей работе А. Shalev показал, что пациенты с ПТСР предъявляют достоверно больше жалоб, чем пациенты аналогичного возраста и пола без данного расстройства (Shalev A. et al., 1990). В то же время, при физикальном осмотре и по результатам лабораторных тестов различий между группами исследователи не выявляли. К тому же, пациенты с ПТСР достоверно чаще курили, употребляли алкоголь и нерегулярно питались. Плохая переносимость нагрузок, ранее отмеченная у людей с паническими атаками, была отмечена и у больных с посттравматическими расстройствами. Позже было проведено обследование 211 пациентов, 16-65 лет экстренно доставленных в стационар в связи с травмой (Shalev A. et al., 1998). При этом пациенты не включались в исследование, если у них была травма головы, ожоги, если они находились в состоянии опьянения или под действием психоактивных веществ. Также исключались люди с психозом, или – находящиеся в состоянии, угрожающем жизни. Пациентов обследовали спустя неделю, месяц и четыре месяца после факта травмы. Как оказалось, ПТСР и большая депрессия дебютируют непосредственно после травм: 63 человека (29,9%) отвечало критериям ПТСР через месяц, и 37 (17,5%) – через 4 месяца. Сорок пациентов (19,0%) имели симптомы большой депрессии через месяц и 30 (14,2%) – через четыре месяца. Депрессия, коморбидная ПТСР встречалась у 44,5% обследованных через месяц, и у

43,2% - через четыре месяца. Коморбидность была связана с большей тяжестью симптомов. Анализ частоты сердцебиения в наблюдательной палате непосредственно после госпитализации, показал достоверно более учащенное сердцебиение у лиц с ПТСР по сравнению с людьми без подобного расстройства (ЧСС 96,4 и 82,3 удара в минуту соответственно). Подобная симпатикотония в дальнейшем может быть базисом для формирования артериальной гипертонии, существование которой связано с повышением риска «сосудистых катастроф». Что касается людей с черепно-мозговой травмой а анамнезе, то последние исследования продемонстрировали, что они более предрасположены к возникновению депрессивных расстройств, чем посттравматического стрессового расстройства (Vasterling J., 2000).

Наблюдаемая врачами симптоматика значительно изменяется со временем. В частности, если в начале явственно преобладает тревожный тип расстройства, то в дальнейшем у части пациентов он трансформируется в дисфорический, а у части – в апатический вариант расстройства (Волошин В.М., 2005). Соматоформный тип ПТСР (17,6%) представляет наибольший интерес для врачей не психиатрической специальности, так как эти пациенты присутствуют в общемедицинской сети с разнообразными жалобами соматического характера. То же самое относится к так называемым «маскированным» депрессиям.

Собенников В.С. Депрессия и тревога в структуре расстройств психосоматического спектра (аналитический обзор).

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Проблемы этиопатогенеза, клиники, психопатологии, динамики и терапии депрессивных состояний всегда привлекали внимание психиатров, а в последние годы, вызывают живой интерес и врачей-интернистов. Психосоматическим аспектам депрессивных состояний посвящена поистине необозримая литература. Особое положение в этом ряду занимает парадигма “ларвированной”, “маскированной”, «соматизированной» депрессии (Десятников В.Ф., 1975; Десятников В.Ф., с соавт., 1981; Невзорова Т.А. с соавт., 1982; Ануфриев А.К. 1978; Fonseca A.F., 1963; Lopez Ibor J., 1972; Kielholz P., 1973), как одной из форм эндогенной депрессии (Walcher W., 1970), либо более широкого круга аффективных расстройств, включающего смешанные эндогенно-невротические формы ((Demel H., 1973; Kuhn R. 1973).

В материалах Международной конференции, посвященной этой проблеме, в 1973 году отмечается рост числа пациентов, страдающих эндогенной депрессией, маскированной соматическими жалобами (Kielholz P., 1973). Подробно освещаются диагностические признаки маскированной депрессии, включающие выявление собственно депрессивных симптомов, особенностей преморбидной личности, течения заболевания, семейный анамнез и результаты терапии антидепрессантами (Pichot P.; Hassan J., 1973). Маскированная депрессия определяется как мягкий, простой или сложный депрессивный синдром с доминированием соматических симптомов, который трудно диагностировать (Lopes Ibor J.J., 1973). Собственно депрессивная симптоматика проявляется как “микродепрессивный каркас” клинической картины (Lopes Ibor Alino J.J., 1972). Течение маскированной депрессии характеризуется периодичностью со сменой депрессивных эквивалентов собственно гипотимией (Lopes Ibor Alino J.J., 1972), но склонное к хронификации (Kreitman N., et al., 1965), что некоторые авторы связывают с наслаивающимися психогенными влияниями (Walcher W., 1973). В виде маскированных форм реализуется “мягкая” депрессия (Demel H., 1973). Клиника маскированной депрессии по Kuhn R. (1973), является смешанной, определяется взаимным наслаивением депрессивных, подлежащих маниакальных и реактивно-невротических элементов, что усложняет терапию. Однако в динамике собственно депрессивная симптоматика занимает в клинической картине все больший удельный вес (Da Fonseca A.F., 1963; Kreitman N., et al., 1965; Lesse S. 1967, 1968; Lopez-Ibor Alino, 1972). Возможность появления в клинической картине депрессивных состояний различных патологических сенсаций объясняется наличием общих патогенетических звеньев боли и депрессии (Knorrting L. von., 1975).

Наблюдается маскированная депрессия вдвое чаще у лиц женского пола в пре- и инволюционном возрасте, от 36 до 64 лет (Lesse S., 1967). Этот же автор отмечает частоту обсессивной конституции. Среди женщин преобладают активные, ригидные во взглядах, требовательные к окружающим и к себе. Отмечается, что патологические сенсации чаще выявляются при тревожной депрессии (Lopez Ibor J.J., 1972). Однако в свете более современных публикаций (Jolly J.V., et al., 1994), по крайней мере в структуре большой депрессии, число соматических жалоб не зависит от наличия или отсутствия клинически выраженной тревоги.

На этом фоне, уже с конца 20 столетия, высказываются и предостережения в чрезмерной диагностике депрессии при состояниях с элементами сниженного настроения, но с доминированием в клинической картине, тревоги, невротических расстройств и соматических жалоб (Demel H., 1973; Pilowsky J., et al., 1977; 1982; Oxman T.R., et al., 1985). В некоторых работах отмечается, что соматизированные симптомы и витальные проявления аффекта могут быть связаны как с депрессией, так и с тревогой (Pichot P.; Hassan J., 1973; Claycomb I.V., 1983; Katon W., 1984). При сравнении подтипов депрессии, наибольшая распространенность патологических сенсаций и их связь с мышечным напряжением и вегетативными расстройствами выявлена в группе больных с реактивно-невротической депрессией (Knorrng L. von, et al., 1983). Высказывается предположение, что витальная тоска и витальная тревога могут встречаться и при неврозах и при депрессиях, в обоих случаях они являются выражением общего «тимопатического» базиса (Lopes Ibor J.J., 1973). Подчеркивается, что переживание, как депрессии, так и тревоги включает в себя чувство физического нездоровья (ипохондрию) (Lopes Ibor J.J., 1973; Schmidt N.B., 1996).

В рамках психодинамического подхода, взаимодействие депрессии, тревоги и соматизированных расстройств рассматривается в аспекте психологической защиты. Соматизация является одним из защитных механизмов, направленных против осознания депрессивного аффекта. На клиническом уровне это выражается формированием картины «депрессивных эквивалентов», «маскированных» форм депрессии, ипохондри и психосоматических расстройств (Lesse S., 1974). Тревожность также может проявляться в виде психосоматических симптомов (May R., 1979). Одной из проблем представляется разграничение между конверсивными симптомами тревоги и психосоматической манифестацией депрессии (Heimann H., 1973). Признаками неосознаваемой тревоги признаются такие симптомы, как учащение пульса, повышение температуры тела, гипергидроз, увеличение мышечного напряжения (Watel C.W., 1966). Дискриминантный анализ позволил выделить такие специфические симптомы тревоги, как признаки вегетативной активации, когнитивное ожидание угрозы и субъективное переживание тревоги и напряжения. Депрессивный аффект отличается ангедонией, переживанием потери и утраты и сниженным настроением (Clark D.A., et al., 1994).

Таким образом, психосоматические аспекты депрессии всегда изучались тщательно и основательно. Тревога же до настоящего времени большинством исследователей рассматривается как феномен менее значимый в клиническом отношении, дополнительный. Это нашло отражение и в истории её изучения. В рамках медицинской модели тревога длительное время распознавалась, как симптомокомплекс, связанный преимущественно с соматическими дисфункциями (синдром Да Коста, нейроциркуляторный синдром Оппенгеймера, с-м напряжения Левиса). Даже агорафобия была выделена и описана Westphal, как проявление патологии внутреннего уха, сопровождающееся чувством неустойчивости. Лишь много позже Legrand du Saulle вскрыл психопатологическую сущность агорафобии, отметив, что больные скорее испытывают страх, чем собственно затруднения в сохранении равновесия (Nutt D., et al., 2002).

В последующем концептуализация тревоги осуществлялась преимущественно в кругу парадигмы невротических расстройств. В 1880 г. Beard впервые выделяет неврастению или синдром психической усталости. Последующие работы американских и европейских психиатров существенно расширили границы неврастения, включая в нее большую часть рас-

стройств тревожного спектра. По прошествии 15 лет, Зигмунд Фрейд осуществляет дифференциацию неврастения и невроза тревоги. В основе их различий он рассматривает патологическую тревогу, т.е. тревогу, не обусловленную реальной опасностью («лишенная объекта») и включает в рубрику «актуальные неврозы» три отдельных синдрома: неврастению, невротическую тревогу и ипохондрию (Freedman A.M., et al., 1967). Ипохондрия, при этом, представляется результатом взаимного наложения неврастения и невротической тревоги. Актуальные неврозы, имеющие в основе тревогу, которая продуцируется суммацией психического напряжения и действия эндогенных «токсинов» при неудовлетворении сексуального влечения, автор противопоставлял психоневрозам (к ним он относил истерию), имеющих исключительно психогенную этиологию (Ferenczi S., 1952). З.Фрейд отграничил соматические симптомы тревоги (потливость, головокружение, дисфункции желудочно-кишечного тракта), которые, по его мнению, возникают вследствие прямой трансляции психического напряжения на соматическую сферу, от конверсионных, связанных с деятельностью «Я» по нейтрализации фрустрирующих конфликтных переживаний и переводу их «суммы возбуждений» в область телесности с формированием симптомов с символическим значением.

В клинике невроза тревоги З.Фрейд рассматривает четыре основных компонента: 1.раздражительность, 2.тревожное напряжение (ожидание), 3.тревожные (панические) атаки, 4.фобическое избегание. Следовательно, З.Фрейду принадлежат первые клинические описания панических атак и основных проявлений генерализованного тревожного расстройства (по современным классификациям), которые автором рассматривались в рамках единой клинической сущности. В дальнейшем тревоге придается универсальное значение в возникновении невротических и психосоматических нарушений, посредством механизмов стресса. Новый этап дифференциации тревожных расстройств связан с успехами психофармакотерапии. D.F. Klein (1964) отметил, что применение при панических атаках трициклического антидепрессанта имипрамина оказывает отчетливый терапевтический эффект, способствуя редукции симптомов паники, но не влияет на подлежащую перманентную тревогу. В то же время невысокие дозы транквилизаторов существенно подавляют тревогу, но не оказывали действия на симптомокомплекс панических атак. В дальнейшем было показано, что бензодиазепины также оказывают терапевтический эффект при панических атаках, но для этого необходимы более высокие дозы, чем использовал Klein. Данная работа стала отправным пунктом последующей дифференциации тревожных расстройств, в том числе на основе их нейрохимических коррелятов. Клинико-психопатологические исследования, основанные на многомерном статистическом анализе убедительно подтвердили неоднородность тревоги с выделением кластера «соматической», в т.ч. свойственной паническим состояниям и «фобической», «когнитивной», осознаваемой тревоги (Калинин В.В., 1996; Cloninger G.R., et al., 1990). Данная дифференциация нашла отражение в классификации МКБ-10, где выделяются подтипы тревожных расстройств с преобладанием «соматической» тревоги (ПР) и «когнитивной» (фобии, обсессивно-компульсивные расстройства), и занимающий промежуточное положение, включающий проявления как «соматической», так и «когнитивной тревоги - такой подтип как генерализованное тревожное расстройство (ГТР).

Высокая эффективность имипрамина при лечении панических расстройств, а также внедрение в практику селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), эффективных в лечении, как депрессии, так и тревожных расстройств, позволяют предполагать наличие у них общих патогенетических звеньев (Мосолов С.Н.,1996; Аведисова А.С., 2006).

Многочисленные исследования подтверждают сложный характер взаимодействия между клиническими проявлениями тревожных расстройств и депрессии (Angst J., et al.,1984; Murphy J.M., et al.,1986; Brown G.M., et al.,1987; Eaton W.W. et al.,1988; Dobson K.S., et al.,1990; Stahl S.M.,1993). Отмечается, что почти каждый случай первичной депрессии сопровождается тревогой, напротив большинство первичных тревожных состояний с депрессией не ассоциируется (Lehmann H.E.,1983). В первичной сети тревога и депрессия часто

проявляются на субсиндромальном уровне в форме смешанных состояний (Stein-M.B., et al.,1995). Согласно исследованию Fawcett J. с соавт.(1983) умеренно-выраженная тревожная симптоматика наблюдается у 72%, а выраженная у 42% больных депрессией. Среди тревожных расстройств, сочетающихся с большой депрессией, доминируют панические атаки - 29%, выраженные фобии - 5.3% и умеренно-выраженные - 19% случаев, обсессивно-компульсивные симптомы встречаются лишь у 1.7% больных. Особенности сочетаемости этих двух расстройств в течение жизни или в ходе одного эпизода зависит от формы тревожного расстройства.. Депрессивные эпизоды характерны для больных ранее страдавших ПР, агорафобией, ОКР, ПТСР – но не ГТР, социофобией и простыми фобиями. По другим данным при ПР и ГТР депрессии появляются в тот же год (Lepine et al.,1993), а фобии являются первичным расстройством у 70.9% лиц с депрессией (Schneier et al.,1992). Тревожные расстройства без симптомов депрессии распространены шире, чем депрессия без симптомов тревоги. Так по Jablensky (1985) у 76% больных депрессией наиболее распространенными симптомами являются тревожность и нервное напряжение, по Hippius H.(1994) у 73% , больных с депрессией наблюдаются симптомы ГТР, а у 12% симптомы патогномичные для ПР.

При сравнении эндогенной и экзогенной депрессии, наибольшая выраженность симптомов тревоги (соматических и психических), а также панических атак и фобий обнаруживается в структуре первой. Более того, существует мнение, что эндогенная депрессия подразделяется на два качественно различных класса - с тревогой и без неё (Maes M., et al.,1994). В то же время, в более ранних публикациях (Вертоградова О.П., с соавт.,1983; Mendels J.,1972) отмечаются трудности четкой психопатологической дифференциации депрессии и тревоги в структуре аффективного синдрома. В исследовании депрессивных состояний Dobson K.S., с соавт. (1990) отмечается обязательное включение в их структуру тревожных симптомов. Все большее распространение получает концепция смешанных депрессивных и тревожных симптомов в структуре аффективных нарушений (Stahl S.M.,1993). При этом в клинико-биологических исследованиях обнаружено и общее патогенетическое звено депрессии и тревоги - дефицит серотонина (Van Prag H.M.,1998).

Согласно А.С.Аведисовой (2006) в настоящее время оформились три гипотезы коморбидности депрессии и тревоги. Первая – постулирует независимость депрессии и тревоги, являющихся самостоятельными расстройствами. Вторая – предполагает, что в каждом конкретном случае депрессия может быть следствием тревоги и наоборот, рассматривая, например появление тревоги на фоне депрессии, как результат включения адаптивных механизмов. Третья – рассматривает депрессию и тревогу в рамках единого заболевания.

Проведенное нами клинико-статистическое исследование психопатологии состояний с коморбидным проявлением соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств (Собенников В.С., 2001), показало, что всё многообразие их форм, можно спроецировать на условную плоскость, с координатами определяющимися отношением к двум взаимопересекающимся осям – тимопатической (ось депрессия-тревога) и ипохондрии-соматизации. При этом каждая из осей представляет собой непрерывный континуум, смешанных состояний, таким образом, что альтернативное, оппозиционное положение занимают лишь крайние варианты каждого континуума. Если анализировать континуум депрессия-тревога, такие крайние положения занимают состояния с типическими проявлениями витальной депрессии (суточный ритм, агедония, психомоторное торможение, периодическое течение, положительный дексаметазоновый тест и тест REM-латенции) с одной стороны и пароксизмальной соматической тревогой (ПА), с другой. Современные данные о нейрохимических механизмах аффективных нарушений, предполагают наибольшую заинтересованность катехоламинергического звена нейромедиации при состояниях депрессивного полюса континуума и индоламинергического – при состояниях тревожного полюса.

Интеграция клинико-психопатологических данных и данных о нейрохимических механизмах аффективных состояний, а также эффективности современных антидепрессантов,

позволяет соотнести наибольшую тропность крайних вариантов континуума (полюс депрессии и полюс тревоги) к препаратам с широким спектром нейрхимической активности (серотонинэргической и катехоламиергической), например имипрамину, велафаксину и наибольшей эффективностью СИОЗС при промежуточных депрессивно-тревожных и тревожно-депрессивных состояниях. Очевидно, терапия депрессий с отчетливыми витальными особенностями, с клиникой сепарированной от тревожных симптомов и периодической динамикой (крайний вариант континуума), гипотетически может быть более успешной, посредством нового антидепрессанта - Вальдоксана., являющийся агонистом мелатониновых рецепторов, регулятором циркадианного ритма и опосредованно способствующим высвобождению норадреналина и дофамина во фронтальной коре, однако данная гипотеза требует проверки опытом.

Старкова Н.В. Роль патологических телесных ощущений в клинике шизофрении.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Одними из наиболее часто встречающихся психопатологических феноменов, регистрируемых в рамках различных психических заболеваний, являются нарушения со стороны соматопсихической сферы (Александровский Ю.А,1993; Hemert A.M. et al 1993).Актуальность изучения патологических телесных ощущений в значительной степени диктуется их распространенностью. Согласно многочисленным литературным данным доля пациентов с такими нарушениями достигает 40% (Benjamin S,1989; Liold G, 1986; Violon A, 1987).Подобные телесные ощущения были выявлены не только в рамках невротического регистра, но были отмечены и при психотических расстройствах в т.ч и «ассоциированные» с шизофренией (Huber G,1957; Ануфриев А.К,1979; Escobar J.I. et al 1987).

Целью настоящего исследования являлось изучение патологических телесных ощущений в клинике малопрогрессирующей и шубообразной шизофрении на различных этапах течения эндогенного процесса.

Наблюдавшиеся пациенты были отобраны из числа больных, проходивших стационарное обследование и лечение в Иркутском областном психоневрологическом диспансере с впервые установленным диагнозом – шизофрения. Срок катamnестического наблюдения - от 1 до 31 лет (в среднем $7,0 \pm 0,9$ лет). Выборку составили 72 пациента (47 женщин и 25 мужчин). Средний возраст на момент обследования варьировал от 18 до 57 лет (в среднем $42 \pm 1,09$ лет).

Основным критерием для отбора явилось наличие патологических телесных ощущений на всем протяжении заболевания, а также отсутствие признаков грубого органического поражения ЦНС и соматической патологии.

Метод исследования – клинико-психопатологический. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладной программы «Statistica 6,0 for Windows».

В числе патологических телесных ощущений в работе рассматривались сенестопатии (в т.ч сенесталгии с эмоциональным компонентом, сенестопатии с сенсорным компонентом), алгии, коэнестезии, вегетативные и имитирующие их нарушения. Всех их объединяла предметность, пространственная локализация, изменчивость, аффективная насыщенность.

Были выделены 3 группы больных: в первой группе телесные ощущения проявлялись в рамках малопрогрессирующей шизофрении с длительным латентным периодом (21 человек), во второй – при параноидном варианте приступообразно-прогрессирующей шизофрении (37 человек) и в третьей группе – при шизоаффективном варианте приступообразно-прогрессирующей шизофрении (14 человек).

В клинической картине у больных 1 группы на начальном этапе отмечались алгические проявления, особенно в области сердца и головы. Патологические телесные ощущения были представлены чаще сенесталгиями (тягостными болевыми ощущениями в виде режущих, колющих, давящих, распирающих болей), а также вегетативными нарушениями

(ощущение сердцебиения, чувства «нехватки воздуха», «удушья»). В последующем присоединялись сенсорные сенестопатии (с ощущением необычной тяжести или легкости во внутренних органах). Они отличались системностью, локальностью, стойкостью и носили больше ситуационную обусловленность. Телесные сенсации сочетались с признаками тревожной соматизации, пароксизмальной тревоги, конверсивными расстройствами и приводили к формированию невротических и сверхценных идей. По ходу болезни телесные ощущения утрачивали свою динамичность и становились более аморфными.

У пациентов 2 группы на инициальном этапе преобладали множественные полиморфные сенесталгии и коэнезии (в виде вычурных фантастических телесных ощущений). Сенестопатии были немногочисленны, однообразны, слабоинтенсивны и были зависимы от проявлений аффекта. На этапе манифестации телесные сенсации имели тенденцию к генерализации, усложнялись, отличались интенсивностью, разнообразием, приобретали более параноидный характер и переходили иногда в галлюцинации общего чувства («в голове что-то переливается, шевелится», «под кожей черви ползают» и т.д.). Ощущения сочетались с аффективными, обсессивно-фобическими образованиями, проявлениями дереализации и деперсонализации, ипохондрически-бредовой настроенностью и редуцировались в последующем на стадии ремиссии.

Для больных 3 группы было характерно наличие сложных структурированных идеаторных сенестопатий и сенестокоэнезий, алгопатий с явлениями соматоформной вегетативной дисфункции. Сочетаясь с явлениями депрессивной, истеро-конверсивной, тревожно-фобической соматизацией, проявлениями бредовой ипохондрии в динамике заболевания была отмечена тенденция к утяжелению телесных сенсаций и близость их к сенестопатическим автоматизмам. По мере обратного развития клинической картины наблюдалось ослабление телесных ощущений при нормализации аффективных нарушений.

В ходе работы отмечен высокий полиморфизм патологических телесных сенсаций в структуре как малопрогрессирующей, так и приступообразно - прогрессирующей шизофрении. Следует отметить, что ранняя диагностика подобных расстройств позволяет нам помочь установить прогноз заболевания, оптимизировать лечение. Однако следует помнить, что такие расстройства рассматриваются как дополнительные и не определяют картину развития болезненного процесса в целом.

Хасанова А.В. Шеметова О.М. Анализ развития патологии психосоматического генеза как результат дисфункции семейной системы

Кафедра педиатрии № 1 ГОУ ВПО ИГМУ г. Иркутск

Медикопсихологический центр г.Ангарск

В классическом представлении о здравоохранении врач ориентирован, прежде всего не на лечение болезни, а на поддержание здоровья. Современный этап развития медицинской науки определяет существенное участие психики в развитии значительного количества нозологических форм соматической патологии.

Психосоматика имеет дело со структурой обстоятельств, в которой развиваются психосоматические расстройства и в которую они тесно вплетаются: отношение к болезни, отношение врача и обслуживающего персонала к больному, социально-экономические факторы, выгода от болезни, отношение ребенка к себе, к своему телу (Я), к другим людям (ТЫ, МЫ).

Цель исследования – определение значимости дисфункции семейной системы в развитии патологии (Бронхиальная астма) на основе психосоматических расстройств (дыхательный дискомфорт вегетативного генеза).

Нами было обследовано 20 семей, в которых у детей в возрасте 4-5 лет (10 мальчиков и 10 девочек), врачом-педиатром была выявлена соматическая патология - рецидивирующие дыхательные обструкции, с манифестными клиническими проявлениями. По результатам бронхопневмограммы, регулярной двукратной ежедневной пикфлоуметрии, спирометрии, теста

с бронхолитиком, у всех детей выявлен бронхоспазм разной степени выраженности. При этом, по результатам аллерготестирования, не выявлено реакции на пищевые, эпидермальные пыльцевые и грибковые аллергены, не отмечено связи развития дыхательного дискомфорта с бактериальными и вирусными инфекциями.

Приступы удушья, провоцируемые отрицательными эмоциями и негативными реакциями, сопровождали различные виды функциональных расстройств пищеварения: аэрофагия, абдоминальная мигрень, синдром раздраженной кишки, функциональный запор; а так же булимия и энурез).

В работе использовались методы:

-клинико-биографический, включающий в себя сбор семейного анамнеза (прародительские семьи, родительская семья, недавние изменения в составе семьи и окружения, семейные надежды и планы, кризисы семьи, закрытые темы);

психологического анамнеза развития ребенка;

анамнеза заболевания (время возникновения симптома, связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (в том числе психогенными), наличие «светлых промежутков (без симптомов), с чем, по мнению родителей, они связаны, что изменилось в лучшую сторону в жизни семьи с появлением соматических проявлений у ребенка, что в худшую).

Использованы методики (ТСС - типовое семейное состояние), (АСТ - анализ семейной тревожности), (АСВ - анализ семейных взаимоотношений) с целью : исследование общей удовлетворенности, нервно-психического напряжения, стиля семейных взаимоотношений.

Психодиагностическое обследование детей проводилось с целью изучения личностных особенностей, агрессивности, тревожности, страхов, отношение к еде, отношения к родителям, отношение к себе, восприятие себя, отношение к болезни.

Использованы проективные рисуночные тесты («Несуществующее животное», «Автопортрет» и диалог по рисунку, «Моя семья» и рассказ по рисунку, «Я и моя болезнь»).

Использованы проективные личностные методики: «Незаконченные предложения», «Детский Апперцептивный Тест», фрустрационный тест Розенцвейга.

Родителям было предложено заполнить формы о методике TAS (Торонтская шкала алекситимии) с целью исследования уровня алекситимии родителей у которых дети имеют психосоматические расстройства.

Результаты исследования: По данным клинической беседы в семьях, где у детей наблюдаются психосоматические расстройства, были выявлены: высокий уровень эмоциональной напряженности и тревожности, отсутствие «симбиоза семьи», нарушение семейной коммуникации, неудовлетворенность супружескими отношениями.

На этапе клинической беседы большинство родителей отмечали, что в их прародительских семьях отношения между родителями были очень сдержанными («холодные», «без эмоций», «формальные»), предъявлялись высокие требования и жесткий контроль за их выполнением, свойственна импульсивность реагирования при демонстрации внешней сдержанности.

В 9 семьях из 20 родители находятся в разводе, примечательно, что именно в этих семьях диагностированы классические дебюты бронхиальной астмы, в период первого полугодия – года после развода родителей.

В беседе матери отмечали, что у детей во время развода появились головные боли, симптомы нарушения сна, боли в животе, запоры, поносы, булимия, которые предшествовали развитию приступов удушья.

Краткий анализ некоторых рисунков из вышеописанной группы детей:

Николай 5 лет.

-Бронхиальная астма, легкое течение, рецидивирующие эпизоды дыхательного дискомфорта; ожирение.

« Когда я болею, то мама не ходит на работу, рассказывает сказки, заставляет все доедать», (рисунок « Я и моя болезнь»).

Мама сверхнормативная, ригидная, с повышенным уровнем тревоги..

Строгий контроль над режимом питания.

Стереотип а прародительской семье: культ еды. « Ребенок должен быть всегда сытым, из- за стола можно уйти только если все съедено с тарелки.»

Анатолий 4 года.

-Бронхиальная астма, эпизодическое течение; функциональный запор, энурез.

« Если я кашляю и задыхаюсь, мама меня любит, не заставляет убирать игрушки, а так – нет, часто ругает, (рисунок « Я и моя болезнь»).

Мама педантичная, строгая, гипернормативная, ценит чистоту и порядок в доме.

Елена 3 года.

-Бронхиальная астма, легкое течение; функциональный запор.

Мама школьный учитель с гипернормативными установками.

Мама считает, что ребенок должен сдерживать свои эмоции, не разрешает плакать, кричать, особенно в обществе.

По результатам теста Розенцвейга у большинства детей преобладала интропунитивная реакция на фрустрацию.

По результатам Торонтской шкалы алекситимии у 15 матерей были выявлены трудности в определении и вербализации собственных чувств, эмоциональных переживаний, трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, сниженная способность к символизации, фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, напряженность и тревожность в ситуациях межличностного взаимодействия.

Вышеизложенное свидетельствует о подавлении эмоций в этих семьях.

На групповом занятии с родителями выявились проблемы в выражении чувств в общении с ребенком, отмечены трудности в вербализации и рефлексии своего эмоционального состояния. Преобладает «механистический» тип мышления с ограниченной способностью к фантазии.

Заключение:

По результатам проведенного исследования можно предположить, что заболевание ребенка выполняет регулирующую функцию семейной системы. В случае ликвидации заболевания, вся система оказывается временно нерегулируемой. Практически ребенок выполняет роль «буфера» в семье, расплачиваясь своим здоровьем.

Вышеописанные семьи нуждаются в семейной психотерапии.

Необходима организация профилактических приемов медицинского психолога в соматических поликлиниках, детских садах, школах с целью сохранения и поддержания психологического здоровья детей и семьи в целом.

Цилли Е.И., Кислова Е.В., Рожков А.В., Лыткина И.В., Снопкова Ю. Особенности личности в развитии соматоформных расстройств

Иркутский государственный медицинский университет

Клиника неврозов и психотерапии ГОУ ВПО ИГМУ, Иркутск

Цель исследования: изучение личностных особенностей пациентов, влияющих на возникновение и развитие соматоформных (СФ) расстройств.

Материал и методы исследования: обследовано 37 чел. с СФ расстройствами; из них 25 жен. и 12 муж. в возрасте от 20 до 61 года (преобладал возраст от 23 до 46 лет).

Использованы клиничко-психопатологический и патопсихологический (ММРІ, тесты Шмишека, Люшера, Козлова, метод Леонгарда) методы.

Результаты исследования: выделены следующие СФ расстройства (СФ дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС) – 16 чел., устойчивое СФ болевое расстройство - 8

чел., ипохондрическое – 6 чел., соматизированное – 4 чел., недифференцированное СФ расстройство – 3 чел.).

Из них в 29 случаях выявлен коморбид с другой психической патологией: 9 случаев с тревогой, 7- депрессией, 5 – диссоциативно-конверсионным расстройством, 4- психоорганическим заболеванием, 4 случая с посттравматическим стрессовым расстройством. Среди обследованных 13 жен. имели истерические черты характера, 11 (6 жен., 5 муж.)- тревожные, 6 жен. – смешанные истеро-тревожные, 4 муж. – ананкастные, 3 муж. – шизоидные (сенситивные) черты. У лиц с истерическими чертами характера выявлено 7 случаев СФ дисфункции ВНС, 4- устойчивого СФ болевого расстройства, 2- соматизированного расстройства; у лиц со смешанными истеро-тревожными чертами характера выявлены 6 случаев СФ дисфункции ВНС; у лиц с тревожными чертами – 5 случаев СФ вегетативной дисфункции, 3– ипохондрического, 2 – устойчивого СФ болевого расстройства, 1случай соматизированного; у личностей с ананкастными чертами характера выявлены по 1 случаю СФ дисфункции ВНС, устойчивого СФ болевого расстройства, ипохондрического и недифференцированного СФ расстройства; у личностей с шизоидными чертами выявлено 3 случая ипохондрического расстройства.

В 28 случаях госпитализация была повторной. Причем пациенты с истерическими чертами характера госпитализировались повторно в 11 случаях из 13, тревожными - в 5 случаях из 11, ананкастными–в 5 случаях из 6, смешанными истеро-тревожными - в 4 случаях, шизоидными чертами – в 3 случаях.

Средняя продолжительность госпитализации пациентов с истерическими чертами характера составила 23,7 дня, ананкастными-25 дней, тревожными - 27,1 дня, смешанными истеро-тревожными - 28,5 дня, с шизоидными чертами - 29 дней.

Заключение: из СФ расстройств чаще встречалась соматоформная дисфункция ВНС; СФ расстройства преобладали в коморбиде с тревогой и депрессией, чаще встречались у пациентов с истерическими, тревожными, ананкастными и смешанными истеро – тревожными чертами характера и у этих же личностей чаще наблюдалась повторная госпитализация, наибольшая средняя продолжительность которой отмечена у пациентов со смешанными истеро - тревожными и шизоидными чертами.

ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Александров С.Г. Асимметрия психофизиологических функций у больных героиновой зависимостью в абстинентный период

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Многочисленные исследования последних десятилетий выявили важную роль индивидуального профиля функциональной асимметрии (ИПФА) головного мозга в реализации различных функций человека (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988; Леутин В.П., Николаева Е.И., 1988; Москвин В.А., 2002). Показано, что латерализация сенсорных и моторных функций играет определяющую роль в процессах адаптации здорового организма к различным факторам среды.

В литературе имеются немногочисленные и противоречивые данные о влиянии психоактивных веществ (ПАВ), в том числе и опиатов на межполушарные взаимоотношения. При этом известно, что длительное употребление опиатов приводит к деструктивным изменениям в коре больших полушарий и подкорковых образованиях с последующим нарушением высших корковых функций (Леутин В.П., 2003; Пятницкая И.Н., 1994; Брюн Е.А. с соавт., 2001; Кригер О.В. с соавт., 2001).

Целью данного исследования было изучение некоторых психофизиологических функций у больных героиновой зависимостью с различным индивидуальным профилем функциональной асимметрии головного мозга в период отмены наркотика.

Нами было обследовано 68 человек, страдающих героиновой наркоманией. Изучение функций начиналось с появлением первых признаков синдрома «отмены» на 1-2 день после поступления больных в стационар. Повторные обследования осуществлялись на 5-6, 10-11 и 15-16 день после начала стандартного курса лечения. Больные выполняли буквенный корректурный тест (компьютерный вариант). Фиксировалось общее время выполнения задания и количество ошибок, совершенное в каждой сотне просмотренных знаков. Кроме этого, изучалась реакция на движущийся объект (РДО) с регистрацией точных, опережающих и запаздывающих реакций. Оценка психофизиологических функций проводилась на фоне применения препаратов, используемых для купирования симптомов острого абстинентного синдрома.

Все обследуемые были разделены на три группы. В первую (42 человека, «правши», доминирование левого полушария) вошли лица с правыми или преимущественно правыми профилями асимметрий. Вторая группа (18 человек) – лица со смешанными профилями асимметрий. Третья группа - (8 человек, «левши», преобладание правого полушария) определялась аналогично первой.

Анализ полученных данных выявил разнонаправленную динамику изучаемых функций у больных героиновой зависимостью. Так, показатели РДО (средняя точность, опережающие и запаздывающие реакции) на 5 – 6 день абстиненции ухудшались у амбидекстров и лиц с доминированием левого полушария («правши»).

У синистралов же в этот период наоборот, отмечены самые худшие (низкие) показатели реакции на движущийся объект. В этой же группе при поступлении в стационар зарегистрированы достоверно более высокие значения средней точности реакции по сравнению с другими больными (рис. 1). Это свидетельствует о более выраженном рассогласовании в протекании возбуждательного и тормозного процессов.

У равнополушарных больных и лиц с ведущим левым полушарием («правшей») к окончанию курса лечения (15 – 16 день) показатели средней точности реакции остаются практически на одном и том же уровне, что и при поступлении в стационар. В группе пациентов с ведущим правым полушарием головного мозга («левшей») отмечена нормализация этого показателя с уменьшением значений почти в два раза по сравнению с исходным (с 2.56 ± 1.3 до 1.4 ± 0.9 с.).

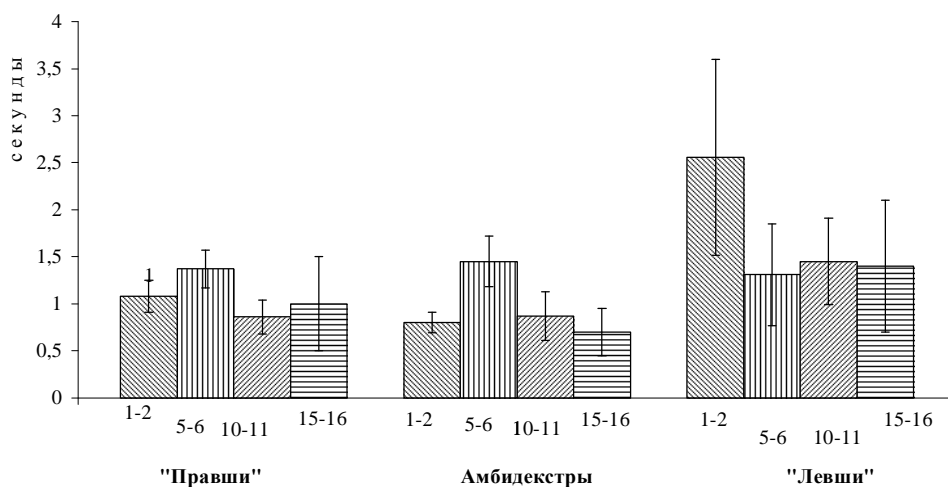


Рис.1. Динамика РДО у больных в зависимости от ИПФА

Динамика функции внимания, оцениваемая по корректурной пробе, в процессе купирования абстинентного синдрома была также не однозначна.

В целом по группе достоверных изменений выявлено не было. Анализ полученных данных в зависимости от индивидуального профиля межполушарной асимметрии головного мозга выявил следующие изменения. Время выполнения корректурных проб у всех больных, не зависимо от ИПФА, к окончанию наблюдений (15 – 16 день) имело тенденцию к уменьшению ($p > 0.05$). Это свидетельствует о нормализации корковой нейродинамики в процессе лечения (Таблица 1).

Почти аналогичные изменения были выявлены в группе лиц с доминированием левого полушария («правши») при анализе количества совершенных ошибок в пробе. К четвертому обследованию у них происходило уменьшение количества ошибок, за исключением последней, пятой сотни просмотренных знаков. При этом на 5 – 6 и 10 – 11 дни синдрома отмечены зарегистрировано увеличение количества ошибок, особенно при завершении задания ($p < 0.05$). Это говорит об ухудшении способности к концентрации произвольного внимания, связанное вероятно, с быстрым истощением нервных процессов и развитием процесса утомления.

Таблица 1

Динамика выполнения корректурной пробы
у наркозависимых

Группа и показатель	Время обследования (дни)			
	1 - 2	5 - 6	10 - 11	15 - 16
Время выполнения задания (сек)	n = 76 202.4±5.23	n = 77 202.4±5.57	n = 53 197.8±6.94	n = 26 188.0±8.54
Количество ошибок (1 сотня)	9.4±1.58	10.9±1.86	15.6±2.37	8.0±3.04
Количество ошибок (2 сотня)	9.8±1.7	13.3±1.79	16.9±2.66	7.8±2.16
Количество ошибок (3 сотня)	10.1±1.39	15.4±2.11	15.0±2.64	9.8±2.25
Количество ошибок (4 сотня)	10.6±1.67	16.1±2.1	13.5±2.33	11.2±2.95
Количество ошибок (5 сотня)	7.3±1.53	15.0±1.95	17.1±2.53	12.0±2.51

В группах амбидекстров и синистралов выявлены более неустойчивые изменения качественных показателей пробы, как в динамике наблюдений, так и по сотням просмотренных знаков. Анализ межгрупповых различий выявил более низкую способность к концентрации и устойчивости произвольного внимания у синистралов по сравнению с «правшами» и равнополушарными больными. Лица с доминированием правого полушария головного мозга совершали достоверно большее количество ошибок ($p < 0.05 - 0.01$) при выполнении корректурной пробы, особенно на 10 – 11 день наблюдений (Таблица 2).

Вероятно, такая динамика изучаемых показателей объясняется тем, что ПАВ и в частности диацетилморфин (героин) оказывает преимущественное влияние на правое полушарие головного мозга. Кроме этого, абстинентный синдром представляет собой процесс перехода от наркотического гомеостаза к привычному уровню регулирования (Брюн Е.А. с соавт., 2001; Пятницкая И.Н. с соавт., 2002). Поэтому в состоянии героиновой абстиненции происходят и межполушарные перестройки. При адаптивных процессах чаще активируются структуры правого полушария, что ухудшает психологические характеристики человека (Фокин В.Д., 2003).

Динамика выполнения корректурной пробы у больных в зависимости от индивидуального профиля функциональной межполушарной асимметрии

Группа и показатель	Время обследования (дни)			
	1 - 2	5 - 6	10 - 11	15 - 16
<u>«Правши»</u>	n = 42	n = 42	n = 31	n = 13
Время выполнения задания (сек)	190.0±6.01	198.3±7.23	190.7±7.77	174.8±11.2
Количество ошибок (1 сотня)	10.0±2.33	10.2±2.66	11.1±2.47*	4.3±3.24*
Количество ошибок (2 сотня)	10.5±2.44	13.5±2.77	12.8±2.65*	4.5±2.15*
Количество ошибок (3 сотня)	10.0±2.08	13.9±2.61	13.2±3.08*	8.7±2.68
Количество ошибок (4 сотня)	10.5±2.55	17.4±2.6	14.6±3.31	6.6±2.73*
Количество ошибок (5 сотня)	7.5±2.15	12.8±2.43*	16.3±3.22	8.0±2.29
<u>Амбидекстры</u>	n = 14	n = 18	n = 10	n = 6
Время выполнения задания (сек)	198.2±9.53	210.7±13.17	210.2±17.7	188.1±16.52
Количество ошибок (1 сотня)	10.6±3.77	9.83±2.66	28.1±6.15	9.0±7.18
Количество ошибок (2 сотня)	12.7±4.7	15.2±3.26	20.8±5.77	14.6±6.76*
Количество ошибок (3 сотня)	14.5±3.17	18.6±5.26	14.5±5.28	16.8±5.25
Количество ошибок (4 сотня)	12.7±3.29	13.6±3.49	12.0±5.3	16.3±6.66
Количество ошибок (5 сотня)	10.7±4.54	15.6±2.94	21.2±5.76	20.6±6.31
<u>«Левши»</u>	n = 3	n = 8	n = 6	n = 3
Время выполнения задания (сек)	226,3±20.8	213.0±14.2	225.1±34.4	184.5±31.3
Количество ошибок (1 сотня)	21.0±10.81	17.6±7.84	32.3±6.58*	29.0±13.74*
Количество ошибок (2 сотня)	9.0±4.93	12.6±4.37	39.5±13.2*	13.0±7.2
Количество ошибок (3 сотня)	10.0±5.77	17.2±5.94	36.6±11.8*	11.0±11.0
Количество ошибок (4 сотня)	17.6±9.59	13.5±7.85	21.1±5.8	36.0±8.08*
Количество ошибок (5 сотня)	0.0±0.0	27.0±10.87*	27.6±9.89	14.3±7.21

Примечание: * - межгрупповые достоверные отличия ($p < 0.05 - 0.01$); курсивом выделены достоверные отличия ($p < 0.05 - 0.01$) в динамике наблюдений.

Зобнин Ю.В., Бушкова Е.В., Любимов Б.М., Малых А.Ф., Пешков Д.М., Провадо И.П., Третьяков А.Б. Варианты нарушения сознания у пострадавших от отравления алкогольсодержащими жидкостями с преимущественным поражением печени

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ «МСЧ ИАПО», Иркутск

Актуальность. На сегодняшний день можно утверждать, что основным клиническим проявлением имевшего место во многих регионах России, включая Иркутскую область, в 2006-2007 гг. массового отравления жидкостями, содержащими алкоголь, фталаты и полигексаметиленгуанидин гидрохлорид, являлось развитие токсического гепатита с выраженным холестатическим синдромом. В то же время, представляется недостаточно изученным патогенез отравления, клиническая картина заболевания. Известно, что длительная холестатическая желтуха сопровождается комплексом неврологических и когнитивных изменений, клинически обозначаемых как печеночная энцефалопатия. При этом, темпы развития энцефалопатии, степень ее проявления при холестатическом синдроме существенно отличаются от таковых при фульминантных, в том числе токсических гепатитах, протекающих, преимущественно, с цитолитическим синдромом.

Цель исследования. Изучение проявлений нарушения сознания у пострадавших при массовом отравлении содержащими алкоголь жидкостями с преимущественным поражением печени.

Объект исследования. Изучены результаты субъективного и объективного обследования у 360 пациентов, а также целенаправленного выявления признаков печеночной энцефалопатии у 140 больных, госпитализированных в октябре-декабре 2006 г. и в первой половине 2007 г. в отделение острых отравлений и гастроэнтерологическое отделение МУЗ «МСЧ ИАПО» с токсическим гепатитом.

Методы исследования. Оценка нарушения сознания производилась по общепринятым критериям, степень энцефалопатии определялась с помощью психометрического теста Рейтона на соединение чисел в цифровой последовательности.

Результаты. Состояние больных было расценено, как крайне тяжелое (1,2 %), тяжелое (10,1 %), средней тяжести (83,4 %) и удовлетворительное. Сознание оценено как ясное (4,7 %), оглушенность (83,8 %), сомнолентность (7,2 %), прекома, кома (1,5 %), психомоторное возбуждение, психоз (2,8 %). По результатам теста Рейтона, у большей части пациентов (37,1%) выявлена латентная энцефалопатия (среднее время выполнения теста $56 \pm 0,52$ сек), чуть реже (30,7%) обнаруживалась энцефалопатия I, I-II ст. (среднее время выполнения теста $80,7 \pm 1,07$ сек), энцефалопатия II ст. диагностирована в 9,3% случаев, среднее время выполнения теста - $111 \pm 2,15$ сек, энцефалопатия III-IV ст. выявлена у 10,7% пациентов, среднее время выполнения теста - $159,7 \pm 5,34$ сек. Свое заболевание все пострадавшие связывали с употреблением сомнительного качества алкогольных напитков. У 49 чел. в крови обнаружен алкоголь в концентрации от 0,5 до 3,4 г/л.

Заключение. Токсическое поражение печени у пострадавших при массовом отравлении сопровождалось частым (до 96,8%) развитием преимущественно начальных проявлений нарушений сознания - энцефалопатии, вероятно, смешанного (печеночного и алкогольного) генеза, в целом, соответствовавшим тяжести данного заболевания.

Ясникова Е.Е. Нарушения сна у больных героиновой зависимостью в абстинентный период

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Абстинентный синдром (АС) при опиоидной наркомании всегда сопровождается расстройствами сна. Они разнообразны и практически не поддаются четкой дифференцировке. В равной степени встречаются трудности засыпания, частые или ранние пробуждения, по-

верхностный сон, сновидения на тему о наркотиках [Иванец Н.Н., 2002, 2004 и мн. др.]. Диссомния играет существенную роль в диагностике патологического влечения к наркотикам (ПВН), так как указывает на достаточную глубину нарушений. М.А. Винникова [2001] включает нарушения сна в облигатные критерии ПВН.

Целью исследования явилось выявление закономерностей динамики нарушений сна и их взаимосвязей с вегетативными, гормональными и биохимическими с показателями у больных героиновой зависимостью при отмене наркотика.

Было обследовано 156 мужчин с героиновой зависимостью, проходивших стационарное лечение по поводу АС. Критерии ПВН измерялись в баллах по шкале, предложенной М.А. Винниковой [2001]. Определялись вегетативные параметры, уровень ряда гормонов и биохимических констант (всего 32 показателя). Обследования проводились в динамике: при поступлении в отделение и далее каждые 5 дней (до 15 дня). Проводилась статистическая обработка данных.

Полученные результаты. Выявлено, что нарушения сна максимально выражены на 3–5 дни АС, затем незначительно редуцируются к 15 дню наблюдений. Достоверно тяжелее диссомния у больных с длительностью заболевания более 1 года, а также у больных с дозами героина более 600 мг в сутки по сравнению с остальными. По данным многомерного пошагового дискриминантного анализа, нарушения сна достоверно участвуют в разделении групп больных с различными среднесуточными дозами героина и разной продолжительностью заболевания. При проведении многофакторного регрессионного анализа в качестве зависимой величины был взят инсомнический критерий ПВН. При сравнении полученных уравнений регрессии в разные сроки наблюдения обращает на себя внимание множество независимых переменных, от которых зависят нарушения сна у больных опиоидной наркоманией, что указывает на сложность и неразрывность функционирования всех механизмов формирования данного патологического синдрома. Обнаружена неожиданно тесная достоверная взаимосвязь расстройств сна с показателями функции печени, белкового и углеводного обмена, ряда гормонов (кортизол, пролактин, тироксин). Максимальное количество независимых переменных, как и наибольшие величины коэффициентов множественной детерминации приходятся на 9–10 день наблюдений. Число сопряженных показателей и их значимость для зависимых величин определяются среднесуточной дозой наркотика, вариантом и длительностью заболевания.

Заключение. В формировании нарушений сна у больных героиновой зависимостью участвуют не только психические механизмы абстиненции, также оказывает значительное влияние соматическое состояние (вероятно, срыв адаптационных возможностей печени, гормональной системы). Тяжесть и скорость редукции диссомнических проявлений напрямую зависит от массивности и длительности интоксикации (среднесуточная доза героина и «стаж» заболевания).

ЛЕЧЕНИЕ

Окладников В.И. Гипотеза «Общего конечного пути» действия ноотропного препарата «Танакан»

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Нарушение деятельности головного мозга включает несколько составляющих. Профессор Х.Г. Ходос описал клинические проявления несовершенства онтогенеза нервной системы, обусловленные нарушением процесса миелинизации. Описан также каскад патобиохимических реакций, приводящий к функциональной дедифференциации нейронов. [

Реорганизация нейрональных процессов также включает совокупность ряда механизмов (нейропротективных, нейромедиаторных, нейропластических, интегративных).

Активация репарационных процессов в головном мозге в настоящее время достигается с помощью нейрометаболических церебропротекторов или ноотропных препаратов (“ноос” - мышление, “тропос” – стремление). Общим свойством этой группы лекарственных средств является стимуляция обменных процессов в нервной системе, оптимизация обмена веществ.

Особое место в списке препаратов ноотропного действия занимает **танакан**. Это – препарат растительного происхождения (экстракт гинкго билоба), не имеющий противопоказаний, совместимый с другими лекарственными веществами. Танакан улучшает кровообращение головного мозга, повышает снабжение мозга кислородом и глюкозой, нормализует метаболизм, препятствует образованию свободных радикалов, усиливает эффект нейромедиаторов (норадреналина, дофамина, ацетилхолина, серотонина). Препарат повышает венозный тонус, уменьшает проницаемость стенки сосудов, оказывает противоотечное и антиагрегантное действие.

Целью исследования было уточнить механизмы адаптационного и восстановительного действия танакана на неврологические показатели и психическое состояние исследуемых в условиях нормы и при психосоматической патологии.

Методы исследования

Под нашим наблюдением 34 человека с целью улучшения адаптации принимали препарат танакан в течение 1-3 месяцев. Танакан назначался всем пациентам внутрь в таблетках по 40 мг три раза в день во время еды. В группе исследованных было 24 женщины и 10 мужчин. Возраст большинства исследованных 22-35 лет, образование у большинства респондентов - высшее.

Методы исследования кроме изучения неврологического статуса включали МРТ, ЭЭГ (по показаниям), психологическое тестирование (тесты Спилбергера - Ханина, Люшера, Сонди, персонограмма), таблицу выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна, опросник стрессогенных событий Холмса-Рея, математическую обработку методом Хи-квадрат.

Результаты

12 респондентов – были здоровы, жалобы на состояние здоровья отсутствовали, неврологический статус – без патологии, сумма баллов по шкале вегетативных нарушений менее 25, психический статус без патологии. Социальная адаптация – полная.

Состояние 14 обследованных расценено как предболезнь, они предъявляли невротические жалобы, имел место синдром вегетативной дистонии (сумма баллов более 25), по тесту Люшера выявлены паттерны тревоги и стресса, средний уровень личностной и реактивной тревожности по тесту Спилбергера (31-45 баллов), социальная адаптация была расценена как напряженная.

У 8 обследованных установлены неврологические заболевания: неврастения – 1 пациент, тик – 1, резидуальная энцефалопатия - 1, мигрень и панические атаки – 3, сотрясение головного мозга – 1, доброкачественное системное головокружение – 1. В неврологическом статусе выявлена рассеянная органическая симптоматика, СВД – более 30 баллов, высокий уровень личностной и реактивной тревожности (более 45 баллов), деструктивный паттерн по тесту Сонди. Социальная адаптация была предельно напряжена, хотя пациенты сохраняли трудоспособность.

Персонограмма пациентов на фоне приема танакана выявила следующую динамику:

1. Усиление психических функций: сенсорики – 8, логики и интуиции – 4, этики – 3, иррациональности и интуиции – 1 (всего 17 наблюдений).
2. Нормализация психических функций со снижением их значений: рациональности – 3, логики – 2, сенсорики, этики и интуиции – 1(7 случаев).
3. Достижение показателей “абсолютной нормы” по функциям сенсорики – 4, экстраверсии – 3, рациональности – 2, логики – 1 и этики – 2 (12 наблюдений). Сравнительный анализ групп “нормы” и “патологии” по критерию хи-квадрат выявил достоверное различие (хи-квадрат = 3,97, $p < 0,05$).

В группе здоровых респондентов и в группе обследованных с состоянием предболезни эффект танакана по данным персонограммы проявляется нормализацией характеристик психических функций (улучшением адаптации) как правило без смены психофизиологического типа.

Приведем клинический пример.

Респондентка В., 23 лет, учащаяся постдипломного образования. Психически и соматически здорова. Отмечает редкие головные боли. По шкале стрессогенных жизненных событий – 81 балл. По признакам вегетативных изменений – 18 баллов. Личностная тревожность 43 балла, реактивная тревожность – 40 баллов. Неврологической патологии не выявлено. По тесту “персонограмма” психофизиологический тип – рациональный логико-сенсорный экстраверт (ЛСЭ). На фоне приема танакана выявлена нормализация функций рациональности и логики, по функции логики достигнуто состояние “абсолютной нормы”. Субъективное состояние улучшилось. Респондентка взяла тему для научной работы.

В группе пациентов с неврологической патологией эффект танакана может проявляться как нормализацией персонограммы без смены психофизиологического типа, так и со сменой типа личности (с восстановлением преморбидного психического статуса).

Пример нормализации состояния пациента без смены психофизиологического типа.

Пациентка К., 17 лет. Диагноз: резидуальная энцефалопатия, тревожно-астенический синдром. Жалобы на эмоциональную лабильность, головные боли сжимающего характера, чувство дискомфорта в животе, онемение и похолодание кистей и стоп, конфликтные отношения с окружающими. В неврологическом статусе – рассеянные неврологические симптомы. Шкалы СВД – 34 балла, стрессогенных жизненных событий – 61, высокий балл личностной (55) и реактивной (49) тревожности. По тесту Сонди – склонность к вспышкам агрессии, высокая тревожность, ощущение “последнего рубежа”. Психофизиологический тип – рациональный эмоционально-интуитивный экстраверт (ЭИЭ) с амальгамированием функции рациональности (дезадаптивный вариант демонстративного типа личности). На фоне 2-х месячного приема танакана улучшилось субъективное состояние, установлено снижение личностной и реактивной тревожности (49 и 30 баллов соответственно). На персонограмме – “абсолютная норма” функций рациональности и этики. Психофизиологический тип не изменился.

Пример нормализации персонограммы со сменой типа личности.

Пациентка Т., 19 лет, студентка ВУЗа. Обратилась на прием через 3 дня после ЧМТ (автомобильная авария). Диагноз: сотрясение головного мозга легкой степени. Жалобы на головную боль, общее недомогание, головокружение, расстройство речи типа заикания. В неврологическом статусе: сглаженность левой носогубной складки, гиперрефлексия справа, лабильность вазомоторов, интенсивный красный дермографизм. ЭЭГ: умеренные общемозговые изменения, признаки дисфункции верхнестволовых структур головного мозга, усиление синхронизирующих влияний таламических структур. По тесту Сонди: придирчивость к окружающим, агрессивность, тревожная неуверенность, угрюмость, ощущение “последнего рубежа”. По тесту Люшера: состояние стресса и тревоги. Персонограмма: дезадаптированный вариант иррационального сенсорно-логического интроверта (амальгамирование иррациональности) (СЛИ). 2-х месячное лечение танаканом привело к улучшению субъективного состояния, пациентка вернулась к учебе. Повторное исследование персонограммы показало изменение психофизиологического типа на рациональный логико-интуитивно-экстравертированный тип (ЛИЭ) с достижением “абсолютной нормы” функции экстраверсии. Этот тип личности в большей мере соответствует преморбидному психофизиологическому состоянию пациентки.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что танакан нормализует психофизиологические функции как в норме, так и при неврологической патологии. Этот процесс обусловлен чаще повышением выраженности психических функций, реже – снижением их “яркости” до нормального уровня. При этом достижение показателей “абсолютной нормы” достоверно более выражено в группе респондентов с патологией. В основе этих явлений может

лежать нормализация **нейромедиаторных процессов**. Одновременное существование **нейропластического механизма** действия препарата подтверждается медленным развитием терапевтического эффекта и длительным эффектом последствия. Однако приведенные данные говорят также о существовании еще одного механизма действия танакана.

Мы выдвигаем гипотезу существования **“общего конечного пути”** действия ноотропного препарата. Термин **“общий конечный путь”** ввел Ч.С. Шеррингтон при изучении нейромоторной функции.

Общий конечный путь действия психотропного препарата состоит в **функциональной перестройке нейропсихологических блоков головного мозга**, этот процесс может быть выявлен с помощью исследования типа личности (персонограммы) пациента в процессе лечения. Аналогичные эффекты были показаны нами ранее для психотропных средств, действующих на холин-, ГАМК-, катехоламин- и серотонинергические системы головного мозга. Асимметричное равновесие функциональных блоков, описанных школой академика А.Р. Лурии (блоки активации; программирования и контроля; получения, хранения и воспроизведения информации; а также блок межполушарного взаимодействия), играет важную роль в формировании типа личности и в процессах личностно-соматической интеграции.

Детальное изучение закономерностей функционирования **“общего конечного пути”** действия психотропных препаратов позволит разработать методы целенаправленного управления психическими функциями как в норме (улучшение адаптации с достижением нормальных показателей), так и при неврологической патологии (нормализация психологических данных и восстановление преморбидного психофизиологического типа) с целью улучшения личностно-соматической интеграции.

Заключение. Анализ клинических эффектов действия ноотропного препарата **“танакан”** позволяет выдвинуть гипотезу о существовании **“общего конечного пути”** его действия, связанного с функциональной перестройкой основных нейропсихологических блоков головного мозга. Эта гипотеза дополняет ранее сформированные представления о **нейромедиаторном и нейропластическом механизмах** действия психотропных препаратов.

Симуткин Г.Г., Горшкова Л.В., Шепенев А.М., Потапкина Е.В., Кудрякова Т.А. Комбинированная терапия депрессии

ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск

Введение: около 20-30% пациентов, страдающих депрессией, не дают клинического ответа на первый курс стандартного антидепрессивного лечения, в том числе и с помощью селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Недостатком СИОЗС является длительный латентный период до наступления их антидепрессивного действия. Существуют данные об ускорении и повышении антидепрессивного действия СИОЗС при их комбинации со светотерапией (Martiny K., 2004; Benedetti F., 2007) и высокой эффективности аэроионотерапии отрицательными ионами высокой плотности при сезонных и несезонных депрессиях (Goel N. et al., 2005; Terman M., Terman J.S., 2006). В настоящее время признается необходимость широкого применения комбинированных методов терапии депрессии (Wirz-Justice A. et al., 2005).

Цель: повышение и ускорение антидепрессивной эффективности СИОЗС за счет комбинации со свето- и аэроионотерапией.

Материал и методы: в исследование вошли 2 группы стационарных больных по 15 человек, статистически не различавшихся по половому, нозологическому составу, возрасту ($p>0,05$): 1) **“СИОЗС+Свет+Ион”** – пациенты, получавшие СИОЗС в сочетании со свето- и аэроионотерапией (13 женщин и 2 мужчин), ср. возраст $48,6\pm 13,4$ года; 2) **«СИОЗС»** – пациенты, получавшие только СИОЗС (12 женщин и 3 мужчин), ср. возраст $45,1\pm 10,9$ года. В обеих группах преобладали случаи депрессивного эпизода (33,3% и 53,3%) или рекуррентной депрессии (53,3% и 40%) умеренной тяжести (60% и 53,3% соответственно). Для оценки эффективности терапии на 0, 7 и 14 дни использовались шкалы SIGH-SAD (Williams J. et al.,

1991) и CGI. Протокол исследования в группе "СИОЗС+Свет+Ион" включал в себя ежедневную экспозицию яркого флуоресцентного «дневного света» (2500 люкс), а также аэроионотерапию (более $1 \times 10^5 / \text{см}^3$ отрицательных ионов) утром и вечером по 1,5 ч, 2 недели.

Результаты исследования: количество респондеров по данным SIGH-SAD (редукция суммарного балла $\geq 50\%$) на 7 и 14 дни терапии в группе «СИОЗС+Ион+Свет» составило 5 (33,3%) и 10 (75%) человек, в группе «СИОЗС»: 1 (6,7%) и 9 (60%) человек; значимые ($p < 0,05$) различия между группами отмечались на 7 день терапии. По субшкале S-CGI (тяжесть заболевания) в группе «СИОЗС+Ион+Свет» средний балл на 0, 7 и 14 дни терапии составлял $4,1 \pm 1,1$; $3,0 \pm 1,3$; $2,6 \pm 1,3$; в группе «СИОЗС» $4,2 \pm 0,6$; $3,9 \pm 0,4$; $3,4 \pm 0,7$; значимые ($p < 0,05$) различия между группами отмечались на 7 и 14 дни терапии. По субшкале I-CGI (улучшение психического состояния) в группе «СИОЗС+Ион+Свет» средний балл на 7 и 14 дни терапии составлял $2,0 \pm 1,0$ и $1,7 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), в группе «СИОЗС» – $3,0 \pm 1,5$; $1,9 \pm 0,8$; значимые ($p < 0,05$) различия между группами отмечались на 7 день терапии.

Выводы: комбинация СИОЗС, свето- и аэроионотерапии при терапии депрессивных расстройств обеспечивает более выраженный (особенно в первую неделю лечения) и более быстрый антидепрессивный эффект, чем в случае монотерапии СИОЗС, что может объясняться возможным синергическим, взаимопотенцирующим серотонинергическим действием яркого искусственного света, отрицательных аэроионов и СИОЗС.

Собенникова В.В. Опыт применения препарата афобазол в терапии тревожных расстройств в структуре реакции горя.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Тревога является универсальным адаптационным феноменом, приспособительная роль которого заключается в мобилизации организма для изменения поведения при столкновении с субъективно трудными ситуациями и явлениями. Однако, в случае воздействия значительных и массивных психотравмирующих факторов тревога ведет к патологическим сдвигам нервной, эндокринной и иммунной систем, определяя, манифестацию соматических дисфункций. Одним из наиболее тяжелых вариантов психотравмирующих жизненных обстоятельств является смерть близкого человека. Затрагивая сферу «индивидуально значимых личностных ценностей», и являясь необратимой, утрата сопровождается широким спектром психопатологических расстройств, в том числе тревожных. Возникающие при этом у пациента, телесные жалобы могут быть обусловлены как собственно проявлениями «соматической тревоги», так и следствием коморбидных взаимоотношений депрессии и тревоги, формирующих «патологический круг», определяющий манифестацию вегетосоматических дисфункций. Таким образом, терапия тревожных расстройств, в структуре реакции горя, является важным фактором превенции развития психосоматических заболеваний.

Целью данного исследования является оценка клинического действия препарата «афобазол» у лиц, с тяжелой психогенией в форме «утраты близкого» с преобладанием в ее структуре симптомов соматической тревоги. Использовался метод клинической оценки с применением шкалы тревоги Гамильтона, суммарные показатели которой варьировали от 10 до до 17 баллов, что указывает на наличие «симптоматической тревоги», а свыше 18- на наличие «тревожного состояния», а также опросника тревожности Спилбергера-Ханина, средний балл реактивной тревожности в данной группе составил 47 баллов, что соответствует высокому уровню; личностной тревожности- 39 баллов, что свидетельствует об «умеренном» уровне. Оценка состояния производилась дважды - перед началом терапии афобазолом и спустя 4 недели после старта.

В исследовании приняли участие 20 человек, из них 16 женщин и 4 мужчин Средний возраст составил- 44,2 года. В зависимости от объекта утраты, больные распределились следующим образом: 10 чел (50%) перенесли утрату супруга, 8 чел. (40%)- утрату ребенка, 2 чел. (10%)- утрату родителя. Период, прошедший с момента утраты составил от 3 до 12 месяцев.

Спектр психопатологических нарушений во всех случаях включал, гипотимный фон настроения, с преобладанием тревожного- 14 чел (70%) либо тоскливо-тревожного радикала- 6 чел.(30%). Сниженный фон настроения, плаксивость, нарушения сна преимущественно в форме ранней инсомнии, пессимистическая оценка будущего сочетались с чувством внутреннего напряжения, беспокойством, взвинченностью. Тревожный спектр расстройств, дополнялся навязчивыми воспоминаниями, тревожно-фобическими симптомами, симптомами моторного беспокойства. На этом фоне достаточно отчетливо обнаруживался соматический симптомокомплекс, включающий, как симптомы вегетативной гиперактивации (потливость, неустойчивость АД, тошнота, диспепсия, дисфункция дыхания, ощущения перебоев в работе сердца), так и разнообразные патологические сенсации (головные боли напряжения, кардиалгии, миалгии). В 2 случаях (10% случаев) в контексте навязчивых воспоминаний о страданиях, пережитых утраченным объектом перед смертью, у больных возникал феномен «присвоения боли», т.е. переживание сходных алгических сенсаций. В периоды наибольшей выраженности тревожной симптоматики, наблюдалось усиление соматопсихических жалоб вплоть до переживания «соматической катастрофы», ощущения приближающейся смерти. В этой связи имели место многократные обращения к интернистам, собственная интерпретация симптоматики, ограничительное поведение больных, существенно снижающее уровень социального функционирования.

Во всех случаях имелись данные о предшествующей малоэффективной соматотропной терапии. При проведении исследования предшествовавшая терапия отменялась за 3 дня до начала терапии афобазолом, препараты других групп применяли при наличии соответствующих показаний, дозы афобазола составляли в среднем 30 мг в сутки. Положительный эффект отмечался с 4-5 дня терапии, наиболее ранними признаками улучшения являлось ослабление явлений тревожной вегетативной активации, чувства внутреннего напряжения, беспокойства, раздражительности, дальнейшая динамика характеризовалась редукцией тревожных руминаций, обсессивно-фобических симптомов, в том числе ипохондрических опасений. С 5-6 дня отмечалось укорочение периода засыпания с одновременным увеличением продолжительности и глубины ночного сна. Максимальный эффект терапии наблюдался в конце 2 недели терапии и сопровождался редукцией алгических ощущений, а также некоторым повышением физического и психического тонуса. По прошествии 4 недель терапии суммарный балл шкалы Гамильтона снизился на 5-7 баллов, суммарный балл опросника Спилбергера в части реактивной и личностной тревожности снизился на 12-18 баллов и 3-6 баллов соответственно.

Побочные эффекты обнаружались в 1 случае-(5%), выражались в жалобах пациентов на заторможенность, сонливость в течение дня, однако эти эффекты нивелировались в течение нескольких дней и не потребовали коррекции дозы. Таким образом, установлено, что применение афобазола является эффективным при терапии симптомов тревожной соматизации в структуре реакции утраты.

Цилли Е.И., Кислова Е.В., Рожков А.В., Снопкова Ю.Г., Лыткина И.В. К оценке дифференцированной терапии психосоматических и соматоформных расстройств

Иркутский государственный медицинский университет

Клиника неврозов и психотерапии ГОУ ВПО ИГМУ, Иркутск

Цель исследования: особенности терапии психосоматических (ПС) и соматоформных (СФ) расстройств различного генеза.

Материал и методы исследования: обследовано 15 больных с ПС заболеваниями – 1 группа и 33 больных с СФ расстройствами; из них 19 больных с СФ расстройствами психогенного генеза – 2 группа и 14 больных с СФ расстройствами эндогенного характера – 3 группа. 1 группу составляли 10 женщин и 5 мужчин в возрасте от 24 до 67 лет (преобладал

возраст от 32 до 48 лет). Длительность заболевания от 2-4 месяцев до 4-8 лет. 2 группа представлена 11 женщинами и 8 мужчинами в возрасте от 20 до 45 лет (преобладал возраст от 22 до 35 лет). Длительность заболевания от 2-3 месяцев до 3-5 лет. 3 группу составляли 9 женщин и 5 мужчин в возрасте от 18 до 58 лет (преобладал возраст от 24 до 44 лет). Длительность заболевания от 4-5 месяцев до 5-7 лет. Используются клинико-психопатологический и патопсихологический методы.

Результаты исследования: некоторые из больных 1 группы получали антидепрессант сбалансированного действия – стимулотон в дозе 50-150 мг/сут внутрь однократно. На 4-6 день терапии уменьшались тревожные переживания, страх; к концу 2 недели снижалась депрессивная симптоматика; к 5-6 недели тревожно-депрессивные расстройства полностью редуцировались. Часть больных принимала антидепрессант-азафен от 25-50 мг/сут до 100-150 мг/сут внутрь, который оказывал подобное действие на тревожно-депрессивную симптоматику. Некоторые больные получали анксиолитик - афобазол 30 мг/сут внутрь. К концу 1 недели уменьшались или купировались тревожные переживания и полностью редуцировались к концу 2-4 недели терапии.

Часть больных 2 и больные 3 группы принимали нейролептик пролонгированного действия (модитен-депо или галоперидол-деканоат 0,5- 1,0 мл в/м 1 раз в 2 недели) и одновременно получали соответственно нейролептик - этаперазин от 2,5 до 7,5 мг/сут и абилифай от 10 до 20 мг/сут внутрь. В комплексной терапии больным обеих групп назначался антидепрессант двойного действия – велаксин в дозе 25-100 мг/сут. Некоторые больные 3 группы принимали классический антидепрессант – мелипрамин от 25 до 50 мг в/венно капельно перед назначением велаксина. При необходимости больные 3-х групп получали феназепам 0,5-1 мг внутрь н/ночь. Вышеописанная терапия к концу первой –1,5 недели приводила к снижению интенсивности, частоты возникновения болезненных, неприятных ощущений в ряде органов и систем, а также к уменьшению тревожно-депрессивных расстройств у больных двух последних групп. К концу 3-4 недели у больных 2 группы и 5-6 недели лечения у больных 3 группы эти нарушения полностью купировались.

Заключение: ПС расстройства обычно быстро купировались с применением «мягких» антидепрессантов и транквилизаторов, применяемых как врачами общей практики, так и психиатрами. СФ расстройства психогенного генеза редуцировались быстрее СФ расстройств эндогенной природы с использованием нейролептиков и антидепрессантов в меньших дозах.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

25 сентября. Конференция 9:30 – 15:30, регистрация 9:00-9:25

Иркутск, ул. Красного восстания 1.

ИГМУ, санитарно–гигиенический корпус, 4 этаж, актовый зал.

09:30

Открытие конференции.

09:35

09:35

Белялов Фарид Исмагильевич, зав. кафедрой факультетской терапии ИГМУ (Иркутск).

09:55

Новые достижения психосоматической медицины.

10:00

Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии ИГМУ (Иркутск). **Аффективные нарушения при психосоматических расстройствах. Психофармакотерапия вальдоксаном и велаксином.**

10:25

10:30

Ларева Наталья Викторовна, зав. кафедрой терапии ФПК ЧМА (Чита). **Менопауза глазами терапевта: проблемы психосоматических взаимоотношений.**

10:55

11:00

Окладников Владислав Иванович, зав. кафедрой неврологии ИГМУ (Иркутск). **Ноотропные препараты как регуляторы психосоматических функций.**

11:25

11:30

Романов Дмитрий Валентинович, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СГМУ (Самара). **Нарушения эмоциональной регуляции и психосоматические феномены в клинической картине тяжелых аномалий развития личности.**

11:55

12:00

Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии ИГМУ (Иркутск). **Психосоматические аспекты геронтопсихиатрии. Акатинол в комплексной терапии.**

12:25

12:30

Кофе брейк

13:00

13:00

Щербакова Александра Витальевна, кафедра факультетской терапии ИГМУ (Иркутск). **Связь психических факторов и функции почек у больных гемобластозами.**

13:10

13:15

Корниенко Владимир Николаевич, кафедра психиатрии ИГМУ (Иркутск). **Психопатологические расстройства при ишемической болезни сердца.**

13:25

13:30

Хамаева Александра Алексеевна, кафедра факультетской терапии ИГМУ (Иркутск). **Психосоматические факторы и качество жизни у пациентов с сочетанием хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца.**

13:40

13:45

Собенникова Вероника Васильевна, кафедра психиатрии ИГМУ (Иркутск). **Афобазол в комплексной терапии соматизированной реакции утраты.**

13:55

14:00

Якубович Андрей Игоревич, Новицкая Наталья Николаевна, кафедра дерматовенерологии ИГМУ (Иркутск). **Особенности комплексного лечения псориазической болезни.**

14:10

14:15

Боробова Елена Сергеевна, кафедра психиатрии ИГМУ (Иркутск). **Психические расстройства при травмах конечностей.**

14:25

14:30

Ясникова Елена Евгеньевна, кафедра психиатрии ИГМУ (Иркутск). **Диссомнические расстройства при героиновой абстиненции.**

14:40

14:45

Белов Вячеслав Владимирович, Белов Р.В., Бездольнова С.Ю, Мосолова Э.Г. кафедра внутренних болезней ЧМА (Челябинск). **Показатели липидного обмена – интегративный критерий психобиосоциальной индивидуальности.**

14:55

15:00

Обсуждение российских рекомендаций. Дискуссия.

15:30