

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования  
Иркутский государственный медицинский университет  
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН  
Министерство здравоохранения Иркутской области  
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению Администрации г. Иркутска

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

VII Байкальская конференция



*Иркутск  
22 сентября 2011 года*

УДК 616.89–06:616

ББК 56.14

**Психосоматические и соматоформные расстройства в  
клинической практике: сборник материалов VII Байкальской  
конференции (Иркутск, 22 сентября) / Под ред. Ф.И.Белялова,  
В.С.Собенникова, В.В.Долгих. Иркутск, 2011. 60 с.**

В ежегодном сборнике материалов конференции по психосоматическим проблемам представлены работы по особенностям диагностики и лечения психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

Книга предназначена для интернистов, психиатров, психотерапевтов и психологов.

УДК 616.89–06:616

ББК 56.14

© ИГМАПО, ИГМУ, НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ.....	5
Алтарев С.С., Барбараш О.Л. «Цели в жизни» у пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от типа личности .....	5
Белялов Ф.И. Тезисы психосоматической медицины.....	6
Капустенская Т.В., Бедина А.Н. Ноопепт в лечении хронической церебральной ишемии у больных пожилого и старческого возраста .....	15
Капустенская Ж.И., Пустозеров В.Г., Ананьев А.А., Ковалева Л.П. Тенотен в лечении тревожных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста .....	16
Капустенская Ж.И., Зайцева О.И. Опыт применения мексиприма в гериатрической практике .....	17
Колягин В.В. , Колягина В.В., Белоусова Л.П., Безбородова Н.В., Чернигова Е.П., Антонова Т.Ф. Биполярное аффективное расстройство, современное состояние проблемы, критерии диагностики, терапевтические подходы в условиях психиатрического стационара .....	18
Колягин В.В. Проблемы диагностики и классификации биполярного аффективного расстройства.....	23
Пустозеров В.Г. Полиморбидные состояния у пожилых .....	25
Рожков А. В. Особенности гетероагрессивных тенденций в клинической картине депрессивного расстройства. ....	26
Рыбалко В.О., Сыроватская Ю.В., Ясникова Е.Е. Сравнительный анализ личностного профиля и отношения к психотерапевтической реабилитации у лиц с опиоидной зависимостью .....	28
Рыженкова Л.И., Сафронова В.В., Михалева Э.М. Междисциплинарная интеграция в терапии невротических и невротоподобных расстройств.....	29
Собенников В.С., Прокопьева М.Л. К особенностям клиники соматизированных вариантов биполярной и рекуррентной депрессии.....	34
РАЗДЕЛ 2. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА .....	37
Баирова Т.А., Колесникова Л.И., Долгих В.В., Тугутова И.В. Роль гена ангиотензинпревращающего фермента в реализацию эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензией у подростков разных этнических групп .....	37
Долгушина М.Н., Поляков В.М. Применение арт–терапии в реабилитации девочек–подростков с репродуктивными нарушениями.....	38

Дуйбанова Н.В., Баирова Т.А., Бимбаев А.Б–Ж. Роль стабилотрии в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом.....	39
Колесникова Л.И., Долгих В.В., Гомбоева А.С. Оценка тревожно–агрессивных состояний у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.....	40
Колесникова Л.И., Долгих В.В., Гомбоева А.С. Эмоционально–личностные особенности подростков, как фактор риска эссенциальной артериальной гипертензии .....	41
Осокин В.В. Особенности интегративной деятельности мозга детей, страдающих энурезом .....	45
Поляков В.М., Колесников С.И., Долгих В.В., Рычкова Л.В. Развитие когнитивных процессов у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.....	50
Поляков В.М., Колесников С.И., Долгих В.В., Рычкова Л.В. Развитие межполушарной асимметрии у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией .....	53
Старовойтова Т.А., Долгих В.В., Михнович В.И., Белогорова Т.А, Тетерина Т.А. Структура психосоматических расстройств у детей с аутизмом .....	54
Савчук О.В., Поляков В.М. Психодинамические аспекты формирования эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков .....	55

## РАЗДЕЛ 1. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ

### *Алтарев С.С., Барбараш О.Л. «Цели в жизни» у пациентов с инфарктом миокарда в зависимости от типа личности*

Научно–исследовательский институт комплексных проблем сердечно–сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово

**Цель.** оценить наличие стремления к продолжению жить у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в зависимости от типа их личности.

**Методы.** В рамках проспективного когортного исследования, организованного на базе МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер, обследовано 105 человек, перенесших ИМ. В течение первых пяти суток от развития ИМ всем пациентам предлагалось пройти психологическое тестирование, включая заполнение тестов смысложизненных ориентаций (СЖО) и теста на депрессивный тип личности (тип личности Д). При анализе результатов СЖО выделяются следующие факторы: цели в жизни, процесс жизни, результативность жизни, локус контроля – Я (ЛКЯ), локус контроля – жизнь (ЛКЖ). В тесте на тип личности Д выделяются два фактора: негативная аффективность и социальное ингибирование; наличие 10 и более баллов по каждой из этих шкал свидетельствует о наличии у обследуемого депрессивного типа личности. Все данные представлены в виде «среднее значение±стандартное отклонение». Проверка однородности двух выборок осуществлялась с использованием критерия Манна–Уитни. Анализ данных проводился с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0.

**Результаты.** Из 105 обследованных лиц 90 человек – мужского пола, 15 – женского. Средний возраст пациентов составил  $58,9 \pm 4,3$  лет. Тип личности Д отмечался у 19 (18,0%) пациентов. У пациентов с ИМ отмечаются значимые различия по всем шкалам теста СЖО в зависимости от типа личности. Так, количество баллов по шкале «Цели в жизни» у пациентов, не имеющих тип личности Д, составило  $39,9 \pm 19,3$ , в то время как у обследованных с типом личности Д этот показатель равен  $29,7 \pm 7,6$  ( $p=0,001$ ). Аналогичные различия отмечаются при анализе других шкал–компонентов теста: «Процесс жизни»  $31,1 \pm 7,2$  и  $22,9 \pm 9,1$ , соответственно ( $p=0,01$ ), «Результативность жизни»  $27,7 \pm 5,1$  и  $17,6 \pm 6,3$ , соответственно ( $p<0,001$ ), ЛКЯ  $28,6 \pm 4,6$  и  $22,8 \pm 5,2$ , соответственно ( $p=0,004$ ), ЛКЖ  $30,1 \pm 7,3$  и  $21,2 \pm 8,7$ , соответственно ( $p=0,005$ ). Низкие уровни по всем факторам теста СЖО у пациентов с типом личности Д свидетельствуют о том, что они предпочитают жить сегодняшним днем, для них затруднительно

формировать цели в жизни и невысока способность их реализовывать, у них низка удовлетворенность своей жизнью, что в случае пациентов с перенесенным ИМ может отражаться на стремлении человека к выздоровлению.

**Заключение.** Полученные результаты могут свидетельствовать в пользу того, что наличие у пациентов с ИМ типа личности Д может негативно сказываться на их стремлении к преодолению существующих трудностей, возобновлению ведения активного образа жизни.

### ***Белялов Ф.И. Тезисы психосоматической медицины***

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Проблема связи душевного состояния и заболеваний внутренних органов длительное время остается предметом многочисленных исследований. Научные работы по психосоматике публикуются не только в специализированных журналах (Psychosomatics, Psychosomatic Medicine), но также в ведущих изданиях по внутренним болезням (New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, Circulation, European Respiratory Journal, Gastroenterology, Kidney International и т.д.).

В то же время существует дефицит работ, обобщающих накопленный огромный массив научной информации. Следует учесть также, что в последние 10–15 лет были повышены требования к качеству научных исследований и, соответственно, многие устоявшиеся представления нуждаются в уточнении.

В настоящей работе предпринята попытка обобщить результаты научных исследований в области психосоматических отношений и сформулировать основные положения, характеризующие важные стороны таких отношений.

Далеко не для всех соматических заболеваний и психических расстройств имеются доказательства закономерностей, приведенных в тезисах. Поэтому для научных исследований психосоматических отношений остается много совершенно неизученных областей и проблем, ждущих своих исследователей.

#### **1. Среди пациентов с болезнями внутренних органов коморбидные психические расстройства встречаются часто.**

Опрос пациентов, посещающих врачей общей практики, выявил психические расстройства у 29%, в том числе большую депрессию у 8%, малую депрессию у 10%, паническое расстройство у 1,4%, генерализованное тревожное расстройство у 2% и неспецифическое тревожное расстройство у 11% (Jackson J.L., et al., 2007).

По данным случайной выборки 5% пожилых пациентов, госпитализированных в США в течение года с обострением сердечной недостаточности, у 16% пациентов имелись коморбидные психические расстройства, половину из которых составила депрессия (Sayers S.L., et al., 2007). Венгерское популяцион-

ное исследование выявило коморбидную депрессию у 13% взрослых с диабетом, что в 1,8 раза выше, чем у лиц без диабета (Vamos E.P., et al., 2009).

Представленная в этих и многих других работах частота психических расстройств значимо превышает таковую у людей без соматических заболеваний. Можно предположить, что заболевание человека – грубая поломка в сложнейшей системе – характеризуется нарушениями как в соматической, так и в тесно сопряженной психической сфере. Кроме того, соматический фактор может быть триггером психического расстройства, и наоборот.

## **2. Изменение психического состояния может быть предвестником соматических заболеваний.**

Психические и соматические процессы в организме человека тесно связаны. В случае нарушения слаженной работы систем организма возможно появление предвестников тяжелых заболеваний и смерти.

В частности, в ряде крупных проспективных исследований показано, что появление выраженной депрессии и тревоги предшествует за несколько лет появлению симптомных форм ИБС, сердечной недостаточности, инсульта (Nicholson A., et al., 2006; Ohira T., et al., 2001). В этих работах использовали многофакторный анализ, который позволял выделить влияние собственно психического состояния без вклада традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Важно понимать, что временная последовательность событий не доказывает причинно-следственной связи.

В специальном многолетнем проспективном исследовании было подтверждена гипотеза о двунаправленных связях депрессии и диабета 2 типа (Pan A., et al., 2010). С одной стороны, у пациентов с депрессией риск развития диабета был достоверно выше на 17%. С другой стороны, относительный риск депрессии в группе пациентов с диабетом без медикаментозного лечения, на пероральных антидиабетических препаратах и инсулине был увеличен на 29, 25 и 53%.

## **3. Нарушения психики не вызывают органических заболеваний внутренних органов.**

В настоящее время отсутствуют убедительные данные о возможности повреждений внутренних органов, причиной которых являются психические расстройства. Лишь стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки остаются хрестоматийным примером психосоматического характера заболеваний. Вместе с тем, убедительно показана важная роль *Helicobacter pylori* в развитии гастроинтестинальных язв и, возможно, стресс является лишь одним из триггеров заболевания.

Медицинская наука выявила важные биологические факторы, приводящие к развитию диффузного токсического зоба, астмы, ревматоидного артрита, артериальной гипертензии, язвенного колита и нейродермита. Таким образом, в настоящее время концепция психосоматических заболеваний Франца Александра (Alexander F., 1950) уже стала достоянием истории. Большинство исследователей в настоящее время развивают идеи биопсихосоциальной модели, предложенной Джорджем Энгелом (Engel G.L., 1977).

#### **4. Психические расстройства часто являются причиной функциональных симптомов и заболеваний.**

Норвежское исследование HUNT-II показало, что у пациентов с депрессией и тревогой частота соматических функциональных жалоб значительно повышается (Naug T.T., et al., 2004). В шведском популяционном исследовании выявлена тесная связь тревоги и функциональной диспепсии в форме пост-прандиального дистресс-синдрома – риск последнего повышен в 4,4 раза (Pertti A., et al., 2009).

Мета-анализ проведенных рандомизированных исследований подтвердил, что антидепрессанты эффективны при лечении синдрома раздраженного кишечника и устраняют симптомы на 34% чаще, чем плацебо (Ford A.C., et al., 2009). Примечательно, что не было выявлено различий в эффективности ТЦА и СИОЗС при кишечном дискомфорте, аналогично влиянию препаратов на депрессию.

Таким образом, значительная часть соматических жалоб, не обусловленная грубыми изменениями структуры внутренних органов, может быть связана с психическими расстройствами.

#### **5. Психические нарушения увеличивают тяжесть соматических заболеваний, снижают трудоспособность и качество жизни часто в большей степени, чем болезни внутренних органов.**

У пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной депрессией повышается риск сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, остановка сердца, сердечная смерть, реваскуляризация) в 3 раза, а в случае генерализованного тревожного расстройства – в 2 раза (Frasure-Smith N., et al., 2008).

Изменения эмоционального состояния часто вызывает слабость, снижение энергичности, нарушение концентрации внимания, необъяснимые соматические жалобы, которые снижают функциональные возможности человека.

В исследовании В.Руо и соавт. (2003) симптомы депрессии независимо ассоциировались с более выраженной стенокардией, ограничением физической активности и снижением качества жизни. Именно депрессия, а не физические



возможности пациента, фракция выброса левого желудочка или нагрузочная ишемия миокарда, значительно ухудшала субъективное состояние пациентов.

Снижение качества жизни в большей степени определялись депрессией и утомляемостью, нежели тяжестью хронического гепатита С и лечением интерфероном (Fontana R.J., et al., 2001; Karaivazoglou K., et al., 2010).

По данным международного исследования Всемирной организации здравоохранения психические расстройства значительно чаще приводят к потере трудоспособности, чем соматические болезни (Ormel J., et al., 2008). Кроме того, депрессия снижает интегральный показатель здоровья в большей степени, чем распространенные хронические заболевания внутренних органов (артрит, астма, стенокардия, диабет) (Moussavi J., et al., 2007).

Депрессия повышает частоту снижения трудоспособности в 2,5 раза, хронические соматические болезни в 2 раза, а сочетание этих состояний – в 6,3 раза (Schmitz N., et al., 2007).

Поскольку психическое состояние играет важную роль в успешном выполнении трудовых операций, а доля физического труда с ростом технического прогресса уменьшается, то становится понятной ведущая роль психических расстройств в снижении трудоспособности.

## **6. Психические расстройства ассоциируются с повышением общей и сердечно–сосудистой смертности.**

Наблюдение за большой группой амбулаторных пациентов показало, что в случае депрессии смертность повысилась на 17% (Kinder L.S., et al., 2008). Возрастание общей смертности происходило в основном за счет смертности от ИБС, которая увеличилась в 1,5–2,7 раза (Surtees P.G., et al., 2008; Whang W., et al., 2009).

Важно отметить, что связь риска смертности от сердечно–сосудистых болезней у пациентов с психическими расстройствами существенно зависит от возраста. Риск смерти от ИБС повышен в 3,2 раза в возрасте 18–49 лет, в 1,9 раза в возрасте 50–75 лет и практически не изменился у лиц старше 75 лет (Osborn D.D., et al., 2007). Аналогичная закономерность выявлена для смертности от инсультов, увеличение которой в указанные возрастные диапазоны составила 2,5, 1,9 и 1,3 раза соответственно.

Связь психических факторов и прогноза соматического заболевания может существенно зависеть от тяжести последнего. Например, тревога у пациентов с ИБС ассоциировалась со снижением смертности на 30%, в то время как у пациентов после инфаркта миокарда существенного влияния тревоги не определялось, а если у последних была снижена сократимость левого желудочка, то смертность повышалась на 32% (Meyer T., et al., 2010).

Психотропные препараты могут вызывать неблагоприятные сердечно-сосудистые эффекты, поэтому важно исследовать и учитывать влияние лекарств на заболеваемость и смертность. Например, именно депрессия, но не антидепрессанты (80% лиц принимали СИОЗС), ассоциируются с повышением смертности у пациентов с сердечной недостаточностью (O'Connor C.M., et al., 2008).

Причины связи состояния психики и смертности недостаточно понятны. Возможно, что изменения состояния психики являются ранними индикаторами неблагоприятного развития заболевания или выступать в качестве триггеров/модуляторов соматических заболеваний.

### **7. Психические расстройства могут проявляться симптомами, сходными с клиникой соматических болезней, или существенно влиять на выраженность соматических симптомов.**

Хорошо известна связь депрессии с болями. Например, у 75% пациентов с депрессивным расстройством отмечались боли, при этом у 57% пациентов боли локализовались в нескольких местах (Vaccarino A.L., et al., 2009). Депрессия может даже в большей степени, чем невротические расстройства, усилить восприятие соматических симптомов (Howren M.B., et al., 2009).

Эмоциональное состояние может повлиять на порог восприятия одышки, как легочной, так и сердечной (Main J., et al., 2003; Ramasamy R., et al., 2006). У пациентов с астмой сниженное настроение способствует трактовке неспецифических симптомов как астматических и, соответственно, увеличивается потребление ингаляционных бронходилататоров (Main J., et al., 2003). Последние (бета-агонисты) могут повысить смертность, что привело к необходимости существенно ограничить показания к назначению данной группы препаратов (FDA, 2009–2010).

Ввиду схожести симптомов нередко диагностика психических расстройств, особенно при использовании психометрических шкал и традиционных критериев, может быть неточной. Поэтому для ряда соматических заболеваний целесообразна разработка специальных критериев.

### **8. Пациенты с психическими расстройствами часто посещают врачей.**

В британском исследовании среди пациентов, часто посещающих врача общей практики, выявлена высокая частота депрессии (59%), наличие которой повышало в 17 раз вероятность частых посещений (Dowrick C.F., et al., 2000). Тревога была тесно связана с повышенной частотой посещений врача при функциональных желудочно-кишечных расстройствах (Hu W.H., et al., 2002).

В структуре причин частых посещений, наряду с хроническими заболеваниями, 31% случаев составляют психические расстройства, а 15% – жизненные стрессы (Baez K., et al., 1998).

### **9. Нарушения психического состояния влияет на удовлетворенность лечением и приверженность пациентов к лечению.**

Выполнение рекомендаций врача оказывает существенное влияние на результаты лечения, в частности позволяет снизить смертность на 44%, по сравнению с пациентами, не выполняющих медицинских советов (Simpson S.S., et al., 2006).

Пациенты с гепатитом С и коморбидной депрессией придерживаются рекомендованного лечения пегилированным интерфероном и рибавирином достоверно реже (79% против 90%) (Martin–Santos R., et al., 2008). Реже принимают медикаментозное лечение и пациенты с депрессией, находящиеся на гемодиализе (Cukor D., et al., 2009). В то же время, в случае тревожных и соматоформных расстройств приверженность к лечению повышается (Kim H.K., et al., 2010).

Терапия депрессии с помощью психологических или медикаментозных методов у пациентов с острым коронарным синдромом более чем в пять раз повысила удовлетворенность пациентов лечением (Davidson K.W., et al., 2010). Прием антидепрессантов увеличил частоту подавления вирусной активности у пациентов с ВИЧ–инфекцией вследствие повышения приверженности к антивирусному лечению (Tsai A.C., et al., 2010).

Терапия антидепрессантами у пациентов с артериальной гипертензией привела к значительно лучшей приверженности к антигипертензивному лечению (78% против 31%;  $p < 0,001$ ) (Bogner H.R., et al., 2008).

Таким образом, психическое состояние – важный фактор приверженности к лечению, а эффективное лечение психического расстройства может улучшить соблюдение пациентом программы лечения соматического заболевания и снизить заболеваемость и даже смертность.

### **10. Психотерапия и психотропные медикаменты снижают выраженность тревоги и депрессии, но мало влияют на прогноз соматического заболевания.**

Многие годы активно изучается проблема психических расстройств у пациентов с ИБС в связи с высокой сердечно–сосудистой смертностью. Выявление депрессии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, связано с повышением летальности в 2,3 раза и почти в 2 раза риска стенокардии в течение 8 лет наблюдения (Dickens C., et al., 2008). В большом проспективном исследовании (EPIC–Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study) у пациентов с большой

депрессией риск смерти от ИБС был повышен в 2,7 раза за 4 года наблюдения (Surtees P.G., et al., 2008).

Лечение аффективных расстройств с помощью антидепрессантов и когнитивно–поведенческой терапии весьма эффективно и у пациентов с соматическими заболеваниями (Rayner L., et al., 2010; Beltman M.W., et al., 2010).

По–видимому, ТЦА и СИОЗС близки по влиянию на выраженность и течение депрессии, частоте побочных эффектов и безопасности по данным сравнительных групповых исследований (Taylor D., et al., 2011; Coupland C., et al., 2011). Выбор препарата существенно зависит от индивидуальных особенностей пациента, включая коморбидные соматические заболевания.

В крупных рандомизированных исследованиях не удалось убедительно доказать позитивное влияние антидепрессантов и психотерапевтического лечения на отдаленный прогноз пациентов после инфаркта миокарда несмотря на уменьшение выраженности депрессии (SADHART; MIND–IT; van Melle J.P., et al., 2007; Thombs B.D., et al., 2008). Вместе с тем, частота фатальных и нефатальных сердечно–сосудистых осложнений была значительно выше у пациентов с депрессией, резистентной к антидепрессантам (de Jonge P., et al., 2007).

Несмотря на повышение частоты депрессии и связь последней с неблагоприятным прогнозом у пациентов с сердечной недостаточностью назначение сертралина не снизило смертность и риск сердечно–сосудистых событий в крупном исследовании SADHART–CHF (O'Connor C.M., et al., 2008).

Отсутствие эффекта психотропного лечения на прогноз соматического заболевания при позитивном влиянии на психические расстройства подтверждает отсутствие причинно–следственных отношений.

## **11. Применение психотропных препаратов требует учета влияния на соматическую патологию и соматотропное лечение.**

Антидепрессанты нашли широкое применение для лечения хронической боли, включая хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника, диабетическую нейропатию, первичную головную боль т.д. (Kroenke K., et al., 2009).

В последние годы изучение влияния психотропных препаратов на состояние внутренних органов позволило выявить ряд серьезных проблем. В частности, СИОЗС и венлафаксин повышают в 2–4 раза риск кровотечений из верхних отделов желудочно–кишечного тракта. Если пациент принимает еще аспирин, то риск возрастает в 5 раз, а в случае нестероидных противовоспалительных препаратов – в 9 раз (de Abajo F.J., et al., 2008).

Необходимо дальнейшее изучение феномена возрастания риска диабета (в 2,6 раза) у пациентов, принимавших антидепрессанты, обнаруженного в исследовании Diabetes Prevention Program (Rubin R.R., et al., 2008).

Важно отметить, что использование транквилизаторов опасно при астме, особенно с обострениями, и приводит к повышению смертности в 3–7 раза (Joseph K.S., et al., 1996). На 27% возрастает риск смерти пациентов, получающих заместительную терапию гемодиализом, в случае приема бензодиазепинов (Fukuhara S., et al., 2006).

## **12. Пациенты с соматическими болезнями и коморбидными психическими расстройствами значительно увеличивают затраты медицинских ресурсов.**

У госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью наличие психического расстройства увеличивает продолжительность госпитализации на 0,6–1,4 дня и затраты на лечение на 7763\$ (Sayers S.L., et al., 2007; Albert N.M., et al., 2009). На первый взгляд возрастание невелико, однако большое число пациентов с сердечной недостаточностью приводит к существенным затратам.

Депрессия у пациентов с диабетом увеличивает в 2,6 раза число дней плохого самочувствия, в 2,1 раза длительность госпитализации и в 1,8 раза возрастает число частых госпитализаций (Vanos E.P., et al., 2009).

Поэтому, лечение депрессии врачами общей практики может быть экономически оправданным, в том числе и в странах с невысоким уровнем дохода на душу населения (Siskind D., et al., 2010).

## **13. Врачи–интернисты могут выявлять и лечить нетяжелые психические расстройства у пациентов с соматическими болезнями.**

Большое число пациентов соматических стационарных и амбулаторных учреждений с коморбидными психическими расстройствами не позволяет охватить всех специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью. Нельзя также игнорировать существующее предубеждение многих пациентов против общения с психиатрами и психотерапевтами. По данным международного исследования ВОЗ, лишь каждый пятый человек, страдающий выраженным психическим расстройством, получает соответствующее лечение (Wang P.S., et al., 2007).

Подготовленные врачи–интернисты могут достаточно эффективно лечить нетяжелые психические расстройства (Arroll V., et al., 2009). Например, в канадском исследовании не было найдено различий в результатах лечения психических расстройств, проводимого врачами общей практики и специалистами в области душевных заболеваний (Wang J., et al., 2007).

Нередко за проявлениями тревоги, депрессии, соматоформного расстройства скрывается соматическое заболевание.

Для скрининга можно использовать стандартизированные опросники, позволяющие при небольших временных затратах в 5–15 мин выявить пациентов с возможным психическим расстройством (Albus C., et al., 2004). При положительных результатах тестов выявляемость психического расстройства повышается почти в два раза.

С целью помощи интернистам разработаны специальные вопросы, которые следует задать пациенту для уточнения диагноза. Вместе с тем, одни опросники не могут использоваться для диагностики депрессии и требуют собеседования с целью уточнения природы симптомов.

Важно при организации лечения психических заболеваний наладить тесное сотрудничество врачей соматического профиля и психиатров консультантов (*consultation–liaison psychiatry*), совершенствовать организационные формы совместной работы.

**14. Для эффективного ведения пациентов в клинике внутренних болезней необходимо существенно улучшить обучение интернистов и разработать рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.**

Диагностика и лечение психических расстройств представляет большие проблемы для интернистов, которые получают крайне недостаточную подготовку в период до- и последипломого обучения. Не случайно, лишь в 47% случаев врачи общей практики диагностировали депрессию, а сделали запись об этом только в 34% случаев (Mitchell A.J., et al., 2009).

Несмотря на большое число рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств в соматической практике за рубежом, такие важные документы, согласованные между ведущими экспертами, отсутствуют в России. Такое положение сдерживает активность интернистов, частично связанную с недостаточной урегулированностью медицинских и правовых аспектов в ведении больных с психическими расстройствами. В частности, много негативных последствий имеет жесткое ограничение лечения заболеваний строго по профилю койки.

В этой связи, разработка национальных и региональных рекомендаций по ведению психических расстройств интернистами приобретает важнейшее значение. Целесообразно также включать соответствующие разделы в медицинские рекомендации по соматическим болезням, как это делается рядом ведущих зарубежных медицинских организаций.

## **Капустенская Т.В., Бедина А.Н. Ноопепт в лечении хронической церебральной ишемии у больных пожилого и старческого возраста**

МУЗ Клинический госпиталь ветеранов войн, Иркутск

Цереброваскулярные расстройства - одно из наиболее распространенных патологических состояний в неврологической практике. Важное место среди них занимают нарушения когнитивных функций, часто достигающих у больных геронтологического возраста степени деменции. С учетом имеющейся сочетанной патологии и экономического положения пенсионеров важно при лечении использовать доступные эффективные средства с минимумом противопоказаний и побочных эффектов. Ноопепт – один из современных препаратов с заявленными ноотропными, нейропротективными свойствами, с наличием антиастенического, анксиолитического, стимулирующего действия.

**Цель.** Оценка эффективности, безопасности и переносимости применения препарата Ноопепт у больных пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** Проведено исследование применения Ноопепта в лечении геронтологических больных с хронической церебральной ишемией 3 стадии (в том числе с последствиями перенесенных инсультов). В основную группу взяты 12 пациентов (5 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 73 до 92 лет (средний возраст – 79,7), в контрольную – 12 пациентов, сопоставимых по возрасту и патологии. Основная группа получала Ноопепт по 10 мг 2 раза в первой половине дня в течение трех недель (у 4 пациентов (33%) – в сочетании с внутривенным введением пирацетама 1-2 г 10-15 раз, у 8 (66%) - с приемом бетагистина 24-48 мг в сутки или кавинтона 10-20 мг в сутки). Контрольная группа получала те же вазоактивные и ноотропы без Ноопепта. Пациенты обеих групп получали базовую терапию АГ, ИБС, ХОБЛ (в том числе бронхиальная астма). Все больные обследованы в 1-й и 21-й день с использованием шкал MMSE, HADS, общего клинического впечатления об изменениях (CGI-I), теста рисования часов.

**Результаты.** У пациентов, получавших в комплексном лечении Ноопепт, отмечалось достоверное уменьшение когнитивных нарушений в виде улучшения ориентировки в месте, времени, концентрации внимания, речевых функций (MMSE до лечения – 21,6±2 балла, после – 24,3±3 балла), более заметное по сравнению с контрольной группой (MMSE до лечения – 22,3±2 балла, после – 23,6±2,4 балла). Отмечено и снижение тревожно-депрессивных расстройств в основной группе (по HADS уровень тревоги до лечения – 11,4 балла, депрессии – 10,2 балла, после – 9,2 и 9,5 б соответственно), без заметных изменений аффективных расстройств в контрольной группе. В группе, принимающей Ноопепт, отмечено уменьшение выраженности ортостатических расстройств, ве-

роятно, за счет стабилизации вегетативной регуляции, что требует дальнейшего исследования и уточнения. При проведении теста рисования часов достоверных улучшений не выявлено ни в одной группе, что может быть связано с короткой продолжительностью лечения. Общая оценка эффективности по CGI-I в основной группе соответствовала умеренному улучшению при хорошей переносимости препарата, в контрольной – незначительному.

**Заключение.** Ноопепт в суточной дозе 20 мг при включении в комплексное лечение цереброваскулярной патологии хорошо переносится пациентами пожилого и старческого возраста, не ухудшает течения сопутствующей соматической патологии, улучшает когнитивные функции, уменьшает аффективные и вегетативные расстройства, что в целом повышает качество жизни неврологических больных.

***Капустенская Ж.И., Пустозеров В.Г., Ананьев А.А., Ковалева Л.П.  
Тенотен в лечении тревожных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста***

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

В гериатрической практике достаточно часто встречаются аффективные расстройства. Тревога и/или депрессия значительно ухудшают качество жизни, снижают эффективность лечебных мероприятий и затрудняют реабилитацию больных.

**Цель.** оценка эффективности тенотена (сверхмалые дозы антител к белку S100) в лечении тревожных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** 11 больным хронической церебральной ишемией 64-73 лет с тревожными расстройствами без психотических проявлений был назначен тенотен по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 1,5 месяцев. У всех пациентов выявлялась II стадия дисциркуляторной энцефалопатии, Исследовали субъективные ощущения пациентов, переносимость лечения. Для объективной оценки использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Исходный средний суммарный балл по подшкале «А» (тревога) составил  $8,9 \pm 0,87$ .

**Результаты.** В результате проведенного лечения 90,9% пациентов отметили положительный эффект. Анализ динамики среднего балла по подшкале «А» позволил выявить первые признаки уменьшения симптомов тревоги к концу первой недели терапии. Через 4 недели улучшение достигло статистически достоверных результатов ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными показателями. В ходе исследования не было отмечено отрицательной динамики со стороны церебральной гемодинамики. Побочные эффекты отсутствовали.



**Выводы.** Таким образом, применение тенотена для коррекции тревожных расстройств у геронтов с сопутствующей цереброваскулярной патологией эффективно и безопасно.

### ***Капустенская Ж.И., Зайцева О.И. Опыт применения мексиприма в гериатрической практике***

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,  
Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого

**Цель.** Оценить эффективность терапии мексипримом больных пожилого и старческого возраста с тревожными расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследование были включены больные хронической церебральной ишемией с тревожными проявлениями в возрасте от 63 до 78 лет – 53 человека. Выраженность тревожной симптоматики оценивалась по подшкале «Тревога» госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Исходный средний балл составил  $9,2 \pm 2,14$ .

Всем пациентам в дополнение к базовой терапии ХЦИ был назначен мексиприм по 125 мг три раза в сутки в течение 3 недель. Состояние больных оценивалось до лечения, на 7, 14 день терапии и по окончании курса лечения.

Оценка эффективности проводилась с использованием шкалы CGI до начала терапии и при ее завершении.

**Результаты.** Начало терапевтической эффективности мексиприма пациенты отметили на 3-7-й день от начала терапии. Помимо уменьшения «церебральных» жалоб, был отмечен противотревожный эффект. Противотревожное действие нарастало в ходе терапии. Пациенты отмечали уменьшение внутреннего напряжения, немотивированной тревоги, двигательного беспокойства.

Помимо этого наблюдалось повышение физической и психической активности, улучшение сна и уменьшение утомляемости. При завершении исследования средний балл по подшкале «Тревога» составил  $7,8 \pm 1,31$ . 96,2% пациентов отметили улучшение по шкале CGI. Побочных эффектов в данном исследовании не отмечено.

**Выводы.** Мексиприм хорошо переносится пациентами пожилого и старческого возраста и оказывает положительное влияние на редукцию тревожной симптоматики у пациентов с хронической церебральной ишемией.

**Колягин В.В., Колягина В.В., Белоусова Л.П., Безбородова Н.В., Чернигова Е.П., Антонова Т.Ф. Биполярное аффективное расстройство, современное состояние проблемы, критерии диагностики, терапевтические подходы в условиях психиатрического стационара**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,  
Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1

Эмиль Крепелин в 1896 году описал маниакально-депрессивный психоз - психическое расстройство, проявляющееся маниакальными (гипоманиакальными), депрессивными, а также смешанными аффективными состояниями, при которых у больного наблюдаются симптомы депрессии и мании одновременно (в том числе тоска с взвинченностью, беспокойством, или эйфория с заторможенностью - непродуктивная мания), либо быстрой сменой симптомов гипомании/мании и субдепрессии/депрессии. В американской классификации DSM-III (1980) «Маниакально-депрессивный психоз» заменило название «Биполярное расстройство», а в МКБ-10 утвержденной ВОЗ (1994) - «Биполярное аффективное расстройство». Крепелин предполагал благоприятность и редкость МДП по сравнению с шизофренией. Эта концепция болезни оставалась основной в отечественной психиатрии на протяжении XX века и диагноз МДП (БАР) мог быть причиной отказа экспертами МСЭК в установлении инвалидности.

С современных позиций термин «Маниакально-депрессивный психоз» считается устаревшим, не точным, обидным и стигматизирующим больных, так как при нем не всегда наблюдаются оба типа фаз, и заболевание не обязательно сопровождается психозом. Поэтому научно и политически более корректно для данного психического расстройства наименование - «Биполярное аффективное расстройство». Вместе с тем признано правомерным использованием терминов «Биполярное расстройство» и «Маниакально-депрессивное заболевание» (Goodwin F.K., Jamison K.R., 2007).

Взгляды на редкость встречаемости и благоприятность течения заболевания в последнее десятилетие также пересмотрены. В общей популяции суммарная частота расстройств объединяемых в биполярный спектр может достигать 5% и значительно превышает таковые показатели шизофрении (0,8-1,0%). БАР входит в список десяти самых значимых заболеваний в мире. В современном понимании *«Биполярное расстройство представляет собой широко распространенное инвалидизирующее хроническое заболевание, возникающее в молодом возрасте и имеющее серьезные последствия, такие как длительная нетрудоспособность и суицидальный риск. Оно оказывает значительный урон, как для социальной адаптации пациентов, так и их семьям и обществу в целом,*

*хотя зачастую остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения...» (Malhi G.S. et al., 2009).*

Для биполярного расстройства не существует достоверных клинических или биологических маркеров, поэтому в клинической практике, у значительной популяции пациентов БАР остается невыявленным и представляется клиницистам в различных клинических проявлениях. До настоящего времени в психиатрии разных стран и разных школ в пределах одного государства нет единого определения и понимания границ БАР. Общепринятое мнение традиционной психиатрии, что биполярное расстройство и шизофрения являются различными эндогенными заболеваниями. Другие мнения - это единое аффективное расстройство с синдромом шизофрении в части случаев. В современных классификациях DSM-IV и МКБ-10 диагностика БАР и шизофрении осуществляется при наличии или отсутствии соответствующих симптомов (категориальное разделение). При этом, границы заболеваний недостаточно четкие, так как ряд этих симптомов сосуществует у больных БАР и шизофренией. Также известно, что заболевания имеют общую биологическую основу - в патогенез БАР и шизофрении вовлечены дофаминергическая, серотонинергическая и ГАМК-ергическая системы. Все это дает право на существование теории континуального развития аффективных и психотических расстройств, без четких разграничений от депрессии к БАР и от БАР к шизофрении. В соответствии с этой теорией больной в различные периоды жизни может находиться в разных точках континуума в зависимости от преобладания у него униполярной депрессии, биполярного расстройства или психотических симптомов (Мосолов С.Н., 2008).

Наиболее частым проявлением БАР является депрессия, также часто имеют место тревога, бессонница, а гипоманиакальные симптомы в катамнезе больного, врачами не распознаются. Данные симптомы следует выяснять у пациентов с состояниями, которые могут быть связаны с биполярным расстройством, например: Злоупотребление алкоголем и/или другими психоактивными веществами; Поведенческие расстройства; Гемблинг; Личностные расстройства; Анорексия (Колягин В.В. 2010). Следует также быть настороженным в отношении невыявленной биполярности в случаях коморбидности депрессии с паническими и обсессивно-компульсивными расстройствами. Скрининг на БАР должен проводиться у всех пациентов с рекуррентной депрессией молодого возраста и после родов. Начало депрессии в раннем возрасте, особенно в подростковый период, всегда должно оцениваться как состояние, потенциально близкое к биполярному, так как униполярная большая депрессия, как правило, начинается в более позднем возрасте. БАР в сравнении с рекуррентной депрессией имеет более быстрое развитие и формирование депрессивной симптомати-

ки, большую частоту и меньшую длительность депрессий. Депрессия, сохраняющаяся большую часть времени в течение года, также свидетельствует скорее о биполярном, нежели униполярном депрессивном расстройстве, как и: Лабильность настроения; Сезонность аффективных эпизодов; Кратковременный или недостаточный терапевтический ответ на стандартную антидепрессивную терапию; Аффективные колебания в интервале нескольких минут или часов; Мания\гипомания в семейном анамнезе; Отягощенность семейного анамнеза тревожными расстройствами и патологическими формами зависимости. (Bowden C.L., 2001; Sato T. et al., 2003). К клиническим особенностям биполярной депрессии, отличающим ее от рекуррентной, можно отнести психомоторную заторможенность с сочетанием с атипичными симптомами: Гиперфагия; Гиперсомния (вместо нейровегетативной симптоматики); Психотические включения.

Раннее начало, и несвоевременная диагностика БАР увеличивают риск формирования коморбидных психических и соматических расстройств, которые утяжеляют течение заболевания. Наиболее частыми коморбидными психическими расстройствами являются злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ, тревожные и поведенческие расстройства, а усугубление ими БАР сопровождается: Ухудшением течения заболевания и исходов лечения; Возрастанием суицидальности и насильственных действий. К наиболее частым коморбидным соматическим заболеваниям относят: Мигрень; Заболевания щитовидной железы; Ожирение; Диабет 2 типа; Сердечно-сосудистые; Некоторых онкологические заболевания.

Биполярное расстройство часто встречается в первичной медицинской сети в форме плохо поддающейся терапии соматизированной депрессии. Пациенты с нераспознанным БАР часто получают монотерапию антидепрессантами без нормотимиков, приводящую к развитию резистентности, либо индуцированной гипомании или мании. Трициклические антидепрессанты с этой точки зрения представляют наибольший риск (7-11 %) по сравнению с ингибиторами обратного захвата серотонина (0-4 %) (Vieta E. et al. 2002; Gijnsman H.J. et al., 2004). Применение венлафаксина приводит к развитию инверсии депрессии в 13-15 % (Vieta E. et al., 2002; Post R.M. et al., 2006). С применением СИОЗС риск обращения депрессивной фазы снизился почти до естественного, и его можно хорошо контролировать стабилизаторами настроения, наиболее эффективно с помощью вальпроатов. Инверсия депрессивного аффекта с развитием маниакальной симптоматики часта у пациентов с БАР при использовании помимо антидепрессантов, кортикостероидов, леводопы, анаболических стероидов, амфетаминов, симпатомиметиков, противопаркинсонических препаратов, тироксина, баклофена и др. Рецидивирование заболевания также может быть потенцировано

приемом антидепрессантов, злоупотреблением различными сильнодействующими веществами, гипотиреозом (Schneck C.D., 2006). Риск смены фазы может быть ниже при биполярном расстройстве II типа, по сравнению с биполярным расстройством I типа (Leverich G.S. et al., 2006).

Значительные проблемы вследствие биполярного расстройства, в 60% случаев возникают в детском и подростковом возрасте (до 15 лет - в 33%; в 15 - 19 лет - в 27%). Распространенность БАР в этой популяции составляет от 0,5% до 1%. Заболев в юности, пациенты большую часть своей жизни живут с этим хроническим рецидивирующим расстройством (Hirschfeld R.M. et al., 2003).

Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии Иркутской МАПО - Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1. Обследованы и пролечены две группы пациентов из детского и взрослых отделений, которым впервые диагностировано в условиях стационара БАР. Все больные консультированы на кафедре психиатрии (доцент В.В. Колягин).

В детском отделении № 10, в течение 12 месяцев (май 2010- апрель 2011гг.), проходили обследование и лечение 10 пациентов с впервые выставленным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство», что составило 1,7% от общего количества пациентов пролеченных в отделении за этот период (582 больных). Из них - мальчиков 4 (40%), девочек 6 (60%). Возраст - от 13 до 17 лет, средний возраст - 14,6 лет.

Во всех наблюдениях имело место расстройство поведения, которое в жалобах родственников выходило на первый план: Нарушены контакты со сверстниками, родными; Имеет место агрессия, раздражительность, повышенная возбудимость, конфликтность; Успеваемость в школе резко снизилась, появились прогулы. В 40% случаев имели место уходы их дома, бродяжничество (в 1 случае - ушла в 12 лет из дома и сожительствует с 63 летним мужчиной). В 40% случаев выявлялась суицидальная настроенность (высказывания, мысли о нежелании жить). В 50% случаев суицидальные действия в анамнезе (резали вены, руки), в 30% случаев - повторно. В 3 случаях суицидальных действий (2 девочки - прием таблеток, 1 мальчик - повешение) проводились реанимационные мероприятия.

Все пациенты госпитализированы в психиатрический стационар впервые. Направительные диагнозы в 70% относились к F91.1. «Несоциализированное расстройство поведения». Главной причиной госпитализации была: Суицидальная попытка в 4 случаях (Повешение - 1; Отравление и порезы рук - 1; Отравление - 1; Порезы рук - 1); Расстройство поведения - в 6 случаях.

Расстройство поведения сочеталось с: Эпизодами эксгибиционизма - 1 случай; Употреблением алкоголя - 2 случая; Курением - 5 случаев, в т.ч. каннабиоидов - 1 случай. У 9 пациентов манифест заболевания пришелся на пубертатный возраст (12-14 лет), в одном случае - на детский (9лет).

Только у одной пациентки родители имеют высшее образование, благополучны, а у родственников нет вредных привычек и психических нарушений. Беременность у матери протекала с «тошнотой», роды в срок, без патологии.

Половые контакты у пациентки с 14 лет. Курит, употребляет спиртное. С 8 класса стала относить себя к «готам», носила черную одежду, появились мысли о смерти, «нет интереса к жизни», наносила порезы на предплечьях, «чтобы видеть глюки» принимала с подружкой баклосан.

У 7 пациентов образование родителей среднее специальное, либо среднее, у 2 - высшее образование у обоих родителей. Во всех 9 наблюдениях - алкоголизация одного родителя, в 3 - отца и матери. Психические заболевания у ближайших родственников - в 5 случаях. У одного пациента мать инвалид по психическому заболеванию (эпизоды мании и депрессии). Завершенный суицид в семьях у 3 пациентов, суицидальные попытки у родителей - 3 случая. Наркомания и суицид отца - у 1 пациентки. У матерей: Токсикоз беременности в 2 наблюдениях; Беременность с алкогольной и никотиновой интоксикацией - в 2; Стимуляция родовой деятельности - в 4; Гипоксия в родах - в 2; Отслойка плаценты - в 1.

На фоне лечения депакином-хроно 300 - 600 мг/сут., в отдельных случаях с СИОЗС, и/или с солианом (100 - 200 мг.), тералидженем (5- 10 мг.) отмечалась быстрая положительная динамика. Все пациенты выписаны из отделения с рекомендацией дальнейшего длительного приема депакина-хроно 300 мг/сут. Повторных госпитализаций не было.

У 33 пациентов дневного № 14 и пограничного №8 отделений за 2010 г. первично диагностировано «биполярное аффективное расстройство». Возрастной диапазон больных составил 15 - 60 лет. Впервые поступили в психиатрический стационар 16 человек, повторно (2 - 10 раз) госпитализированы 17 больных. У «первичных» пациентов средний возраст составил 42,7 года, у «повторных» - 45,5 лет. До диагностики БАР, средняя длительность заболевания достигла 8 лет у «первичных» и 16 лет у «повторных». Инвалидность имели 2/3 «повторных» пациентов.

У всех больных направительные диагнозы не относились к биполярному аффективному расстройству и трактовались как: Рекуррентное депрессивное расстройство; Большой депрессивный эпизод; ОКР; ГТР; Расстройство личности; Шизофрения; Шизоаффективный психоз; Органическое поражение ЦНС и др.

У 36,4 % больных в анамнезе были суициды, а суицидальные мысли отмечали 22,7%; Зависимость от алкоголя или ПАВ - у 22,7 и 9 %. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями и/или алкоголизмом была у 51,5 % больных. Неадекватное (без стабилизатора настроения), либо недостаточно эффективное, предварительное лечение предпринималось в большинстве случаев.

У всех пациентов получены положительные результаты лечения антиэпилептиком - нормотимиком депакином-хроно в дозе 300 - 1200 мг/сут., в ряде случаев в сочетании с СИОЗС (золофт, ципралекс) и в отдельных случаях с атипичным

антипсихотиком (солиан), которые назначались коротким курсом. Больным проводилось психообразование, использовалась когнитивно-бихевиоральная коррекция и рекомендовалась долгосрочная продолженная терапия стабилизатором настроения в подобранной дозе.

### ***Колягин В.В. Проблемы диагностики и классификации биполярного аффективного расстройства***

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Создатель концепции маниакально-депрессивного психоза Эмиль Крепелин (1896) предполагал благоприятность и редкость МДП по сравнению с шизофренией. Современная точка зрения - биполярное расстройство представляет собой широко распространенное инвалидизирующее хроническое заболевание, возникающее в молодом возрасте и имеющее серьезные последствия, оно зачастую остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения. БАР ухудшает межличностное и социальное развитие, ограничивает образовательные и профессиональные достижения. Лица с БАР склонны к суицидам и часто страдают коморбидными психическими и соматическими заболеваниями, а коморбидные заболевания приводят к более тяжелому течению БАР, повышению использования медицинских ресурсов, ухудшению качества жизни и значительному сокращению ее продолжительности, в связи с соматической и психической патологией, высоким суицидальным риском.

Согласно современным представлениям о клинических проявлениях, выделяют следующие типы БАР:

БАР I (БДЭ+М) - чередование маниакальных (смешанных) и депрессивных эпизодов;

БАР II (БДЭ+гМ) - депрессивные эпизоды чередуются с эпизодами легкой мании (гипомании);

БАР II 1/2 (БДЭ+Ц) - большой депрессивный эпизод чередуется с циклотимией - хронические (не менее 2 лет) колебания настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и гипомании, никогда не достигающими умеренного уровня (циклотимическая депрессия);

БАР III (БДЭ+мА)- большой депрессивный эпизод и мания индуцированная антидепрессантами (фармакологическая гипомания);

БАР IV (БДЭ+ГТ) - большой депрессивный эпизод на фоне гипертимной акцентуации личности (гипертимный темперамент)- гипертимия;

БАР V типа - униполярная, или рекуррентная мания - мания без депрессии. Повторные эпизоды повышенного настроения редко выявляются из-за низкой

обращаемости, а в пожилом возрасте редко распознаются, так как часто связаны с неврологическими и соматическими болезнями. В случаях манифестации маниакальным состоянием, более чем у 90 % пациентов за единичным маниакальным эпизодом следуют депрессивные нарушения настроения.

В недавно проведенном исследовании во Франции (EPIDEP) с включением большой выборки пациентов (N=490), расстройства биполярного спектра чаще всего были представлены в виде большой депрессии и циклотимии (БР-II 1/2 (БДЭ + Ц)) - 33%, а униполярный тип (БАР V типа - униполярная, или рекуррентная мания - мания без депрессии) - в 36%.

В МКБ-10 БАР определяется одной рубрикой F31. Для БАР II типа диагностических критериев не указывается (оно может быть включено в подрубрику F31.8 Другое.). Столь ограниченное представление БАР ограничивает диагностические возможности врачей и по этому, требует пересмотра данного раздела в МКБ-11.

В настоящее время также требуется пересмотр отношения к проблеме БАР. Ранняя диагностика биполярного расстройства, особенно у подростков, возможно, предотвратит развитие вторичных коморбидных заболеваний, в т.ч. злоупотребление алкоголем и/или другими ПАВ (Jules Angst, Alex Gamma, 2010). Пациенты, страдающие БАР, прежде всего из-за суицидов и сопутствующих соматических заболеваний теряют за время болезни в среднем 9 лет продолжительности жизни, 14 лет трудоспособности, 12 лет нормального здоровья (Thompson W.K. et al., 2006). По этому, чрезвычайно важно проводить скрининг на биполярное расстройство, для назначения своевременной и оптимальной терапии. Систематический скрининг на гипоманию улучшает выявление заболевания. Фармакотерапия стабилизаторами настроения (вальпроаты, соли лития), атипичными антипсихотиками (амисульприд и др.) способна не только улучшить состояние пациентов, но и преодолеть негативные последствия болезни.

В 2010 - 2011г. при проведении обучающих программ «Bridge» - по диагностике и лечению биполярного аффективного расстройства в 6 городах СФО и ДВФО (Ангарск, Чита, Красноярск, Улан-Удэ - 2 раза, Якутск, Иркутск - 2 раза), с участием 300 врачей-психиатров практического здравоохранения, предварительным опросом выяснено, что диагноз БАР (МДП), либо не используется ими вообще и не отражается в отчетной документации, либо в сравнении с диагнозом «Шизофрения» является крайне редким. Обучающие программы кардинально изменили понимание проблемы БАР психиатрами - практиками.



## ***Пустозеров В.Г. Полиморбидные состояния у пожилых***

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Пожилкой больно́й представляе́т собо́й уника́льный клинический феномен с точки зрения наличия и сочетания разнообразной по характеру и течению возрастной патологии, оказывающей различное влияние на качество и продолжительность жизни. Сочетанная патология внутренних органов у лиц пожилого и старческого возраста требует особого нестандартного подхода в решении проблем лечения возрастной патологии. Рост удельного веса старшей возрастной группы во всех странах мира – объективный процесс. С 1950г. по 2025г. ООН прогнозирует 5-кратное увеличение населения в возрасте старше 60 лет и 7-кратное в возрасте 80 лет. В 2225 г. каждый 7 житель планеты будет старше 60 лет.

Большинство клинико-эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что у пожилых лиц происходит увеличение болезней до 4-6 и более. Причинами полиморбидности являются эндогенные возрастные изменения, неблагоприятные факторы внешней среды и имеющиеся болезни. Анализ 150 историй болезней больных проходивших лечение в Иркутском госпитале ветеранов войн показал, что количество заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста во многом зависит от возраста. Так в возрасте 60-75 лет их среднее количество составило 5,4 заболевания, в возрасте 76-85 лет – 6,2 заболевания. В старших возрастных группах среднее количество болезней снижалось и составило в возрасте 86-90 лет – 4,4 заболевания, а в возрасте 91-95 лет всего 3,8 заболевания. Вероятно, это связано с тем, что до старческих возрастных групп доживают лица имеющие меньшую полиморбидность. Кумулятивный эффект патологических процессов увеличивает число болезней и характеризуется взаимным отягощением. У пожилых болезни часто протекают атипично, затрудняя диагностику. Полиморбидность является важнейшей проблемой гериатрической практики. Следует отметить, что большинство болезней формируется в среднем возрасте, приобретая в старших возрастных группах хронические формы. Полиморбидность в пожилом возрасте приводит к сложному переплетению многих симптомов. Трудности диагностики сочетанных болезней могут явиться причиной «ненамеренных профессиональных ошибок» (medical error – ME). Типичным примером может явиться неверный диагноз и ошибка при выборе лекарственной терапии, полипрогмазия с развитием нежелательных лекарственных взаимодействий. Важнейшим из синдромов полиморбидности является кардиальный синдром. Сердечно-сосудистая смертность в пожилом возрасте является наибольшей и составляет 35%. Полиморбидность у пожилых протека-

ет по единому патогенетическому пути. Прогрессирующий атеросклероз сосудов приводит к развитию ишемической болезни сердца, дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатии, атеросклерозу сосудов нижних конечностей, артериальной гипертензии, атеросклерозу мезентеральных сосудов с ишемией кишечника. Уровень холестерина в липопротеидах высокой плотности в различных возрастных группах остается стабильным, а низкой плотности увеличивается после 35-40 лет с пиком в 60 лет и дальнейшим снижением в более старших возрастных группах. Сравнительные исследования различных статинов позволяют в определенной степени отдавать предпочтение аторвастатину и розувастатину. Они влияют на липидный спектр, способствуют нормализации функции эндотелия и стабилизации атеросклеротической бляшки. Снижение С-реактивного белка при применении аторвастатина по суммарным данным ряда испытаний составило 20-30%, по сравнению 5-8% при применении правастатина. Нами проводится проспективное наблюдение за группой пожилых больных (70 чел.) принимающих отечественный аторвастатин- липтонорм.

В условиях полиморбидности следует выделять ведущее патогенетическое звено, снижающее качество и продолжительность жизни. У пожилых таковым является сердечно-сосудистая патология. Возраст не является ограничением для проведения эффективной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

### ***Рожков А. В. Особенности гетероагрессивных тенденций в клинической картине депрессивного расстройства.***

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ, Иркутск

**Цель.** Выявление гетероагрессивных тенденций и изучение их особенностей у пациентов с рекуррентной и биполярной депрессией, а так же определение факторов способствующих проявлению агрессивности, направленной во вне у данной группы больных.

**Материал и методы.** Группа пациентов 66 человек с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство. Использовались клиничко-психопатологический, тест Вагнера «Рука», тест опросник Басса – Дарки, Шкала Гамильтона, Шкала оценки реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, тест опросник САН. Для обработки данных применялась программа Statistica 6.0 для Windows.

**Результаты.** Больные с депрессией продемонстрировали высокий уровень гетероагрессии по тесту «Рука Вагнера» в 28 случаях (42,43%). При этом, чем моложе были больные и чем короче было время от начала заболевания, тем с большей вероятностью у них отмечалась гетероагрессивность. Высокий индекс агрессии по тесту «Рука» имеет прямую корреляцию с индексом агрессии

по тесту Басса-Дарки. Выраженная раздражительность в 81,81% наблюдений сопровождалась гетероагрессивностью. Большинство пациентов при алекситимии (65,15%) по Торонтской шкале алекситимии обнаруживают сверхпороговый показатель агрессии в тесте Вагнера. При этом пациенты с депрессией без алекситимии выявляют данную особенность вдвое реже.

Диагностически высокий уровень индекса агрессии, по тесту Баса-Дарки, выявлен у 19 обследованных – 28,79%. И вновь при наличии в клинических проявлениях депрессии у пациентов алекситимии гетероагрессивность выявлялась существенно чаще - в 70,59% случаев, а у пациентов с субпороговым показателем алекситимии – в 37,21% наблюдений. При этом жалобы на выраженную раздражительность у 84,21% обследованных сочетались с высоким индексом агрессии, а у пациентов не обнаруживших подобных жалоб лишь в 31,11% наблюдений. Пациенты с высоким индексом агрессии воспитывались в полной семье лишь в 58,8% наблюдений, а с низким – в 84,6% случаев. В молодом возрасте (до 20) лет выраженная агрессивность по тесту Басса-Дарки выявлена в 52,9% случаев, в более старшем – только в 20%. Высокий индекс враждебности в возрасте старше 60 лет не выявлен. В 23,5% обследований обманы восприятия у пациентов выявлены при наличии высокого индекса агрессии, а их отсутствие лишь в 5% сочеталось со сверхпороговым показателем индекса агрессии по тесту Баса-Дарки. Атипичные симптомы депрессивного расстройства в виде повышенного аппетита в 21% наблюдений отмечались у пациентов с высоким индексом враждебности, а отсутствие подобных проявлений – ни в одном наблюдении не сочеталось со сверхпороговым индексом агрессии.

**Заключение.** Пациенты с депрессией эндогенного спектра склонны к проявлению гетероагрессии (раздражение, враждебность, вербальная, обида, косвенная и прямая агрессия). Эти проявления при рекуррентной и биполярной депрессии чаще наблюдаются в молодом возрасте. Пациенты с подобными тенденциями часто воспитывались в неполных семьях. Их гетероагрессивность связана в клинической картине с нарушением выражения эмоций в виде алекситимии, с жалобами на выраженную раздражительность. Атипичные симптомы в форме повышения пищевой потребности в структуре депрессивных проявлений могут говорить о возможности наличия гетероагрессивных тенденций, а обманы восприятия способствуют формированию гетероагрессивных установок у больных.

**Рыбалко В.О., Сыроватская Ю.В., Ясникова Е.Е. Сравнительный анализ личностного профиля и отношения к психотерапевтической реабилитации у лиц с опиоидной зависимостью**

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ, Иркутск

**Цель.** Целью исследования было установление особенностей в личностном профиле и отношении к психотерапевтической реабилитации у лиц страдающих опиоидной наркоманией в зависимости от стадии реабилитационного процесса.

**Материал и методы.** Для проведения исследования были отобраны 28 пациентов, страдающих зависимостью от опиатов, из них 17 пациентов, поступивших с синдромом отмены опиатов в ИОПНД, и 11 пациентов, поступивших для прохождения амбулаторной психотерапевтической реабилитации в ИОПНД после стационарного лечения и пребывания в реабилитационных центрах религиозной направленности. Все пациенты подвергались тестированию по методикам: СМОЛ, Шкала социальной фрустрированности. Шкала стадий терапевтического процесса URICA. Обработка данных проводилась в программе Статистика 6.0.

**Результаты.** Лица, поступившие в ИОПНД с диагнозом *синдром отмены опиатов* (F11.3), имели достоверно более высокие показатели по личностным шкалам СМОЛ: «ипохондричность» - 59 против 49 у пациентов, проходивших психотерапевтическую реабилитацию ( $p < 0,01$ ); «депрессивность» - 61 против 50 ( $p < 0,05$ ); «истероидность» - 64 против 50 ( $p < 0,01$ ); «психопатичность» - 65 против 53 ( $p < 0,05$ ); «паранояльность» - 65 против 48 ( $p < 0,01$ ); «психастения» - 59 против 45 ( $p < 0,005$ ); «шизоидность» - 59 против 47 ( $p = 0,005$ ) соответственно; более высокие показания по результатам опросника «социальная фрустрированность»: 3,23 против 2,8 ( $p < 0,05$ ). Поскольку личностные черты по определению являются устойчивыми образованиями, можно говорить о ситуационной обусловленности ответов с целью утяжеления своего состояния в глазах врача с целью получения бóльших доз психотропных препаратов. У лиц, поступивших на амбулаторную психотерапевтическую реабилитацию после прохождения реабилитационных центров, был выявлен больший уровень по шкале «предразмышление» (75,23 против 62,35;  $p = 0,0034$ ), что говорит о более высокой склонности к отрицанию проблемы, при этом уровень отрицания прямо коррелирует со сроком воздержания ( $R = 0,58$ ,  $p = 0,001$ ). А уровень по шкале «сохранение» был достоверно ниже (40,64 против 60,76;  $p = 0,002$ ), что говорит о снижении мотивацию к воздержанию от употребления ПАВ и нарастающей угрозе рецидива, при этом склонность к сохранению результата обратно коррелирует со сроком воздержания ( $R = -0,53$ ,  $p = 0,0035$ ).

**Заключение.** Выявленные различия свидетельствуют о том, что критика к заболеванию и мотивация на воздержание от употребления наркотиков имеют обратную взаимосвязь с тяжестью проявлений абстиненции. У лиц с опиоидной зависимостью, поступивших после прохождения курса в реабилитационных центрах с увеличением срока воздержания снижается мотивация к сохранению результата, усиливается отрицание важности проблемы и возрастает вероятность рецидива, что является прогностически неблагоприятным признаком, что требуется принимать во внимание лечащим врачам.

***Рыженкова Л.И., Сафронова В.В., Михалева Э.М. Междисциплинарная интеграция в терапии невротических и неврозоподобных расстройств***

Медицинская автономная некоммерческая организация «Лечебно–диагностический центр», Ангарск

Среди актуальных проблем медицины и здравоохранения особое место занимают проблемы психического здоровья. На протяжении последних десятилетий продолжается тенденция к росту заболеваемости и распространенности психических расстройств, в основном за счет психической патологии непсихотического уровня, в том числе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а так же неврозоподобных состояний соматогенного, сосудистого и органического происхождения. Соматизированные расстройства при отсутствии терапевтических мероприятий впоследствии формируют широкий спектр психосоматических заболеваний. Результаты ведения таких пациентов в общемедицинской сети зачастую не удовлетворяют ни самих пациентов, ни врачей. Причиной этого могут являться наличие пограничных расстройств, которые не всегда вовремя распознаются и адекватно корригируются. В связи с этим очень важно сотрудничество психиатров и врачей других специальностей.

Целью данного исследования явилась оптимизация раннего выявления и отбора лиц с невротической и неврозоподобной симптоматикой, а также адекватная психофармакотерапия в условиях психиатрического кабинета МАНО «ЛДЦ». Междисциплинарная интеграция при ранней диагностике психических расстройств непсихотического уровня методами психо–, вегето– и нейрофизиологического обследования позволяет добиться успешного выявления лиц с потенциальной предрасположенностью к социальной и профессиональной дезадаптации.

Данная категория пациентов выявлялась, как правило, на периодических медицинских осмотрах работников промышленных предприятий врачами–неврологами. Выделение лиц, страдающих теми или иными вариантами погра-

ничных расстройств, проводилось для более тщательного клинического и нейрофизиологического обследования.

Жалобы, предъявляемые пациентами, были выделены в две основные категории:

- с указанием на соматовегетативные нарушения,
- с преобладанием невротических симптомов.

Проведен анализ 60 случаев, прослеженных по двум возрастным периодам: молодому и зрелому. Пациенты были разделены на две группы:

больные с "собственно" психическими расстройствами (неврозы, расстройства личности, аффективные расстройства и др.) – 30 человек;

больные с неврозоподобными расстройствами соматогенного, сосудистого и органического происхождения – 30 человек.

По клинико–диагностическим категориям указанные пациенты распределились следующим образом:

- Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00 – F09)

- Аффективными расстройствами (F30 –F39)

- Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 – F49)

- Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60 – F69).

Среди пациентов с пограничной патологией отмечается значительное преобладание женщин (в группах неврозов и неврозоподобных расстройств 88,9% и 67% соответственно).

Наибольшая заболеваемость неврозами была обнаружена в возрастной группе от 25 до 44 лет – 82% всех выявленных лиц этой патологии. Неврозоподобные состояния встречались чаще в зрелом возрасте – 69%.

Основную часть причин психических нарушений среди неврозоподобных состояний в возрастной группе старше 50 лет составляли сосудистые поражения головного мозга (47%), сердечная патология (29%), эндокринные заболевания (15%) (см. рис 1).

Среди выявленных больных невротическими расстройствами преобладали лица, страдающие расстройствами адаптации (44,8%). Достаточно распространенными формами были соматоформные расстройства (33,3%), неврастения (21,9%).

При изучении длительности заболевания было выявлено резкое преобладание невротических расстройств, склонных к затяжному течению. Примерно 65% больных с невротическими расстройствами обратились в кабинет позже, чем через год после начала заболевания (см. рис.2).

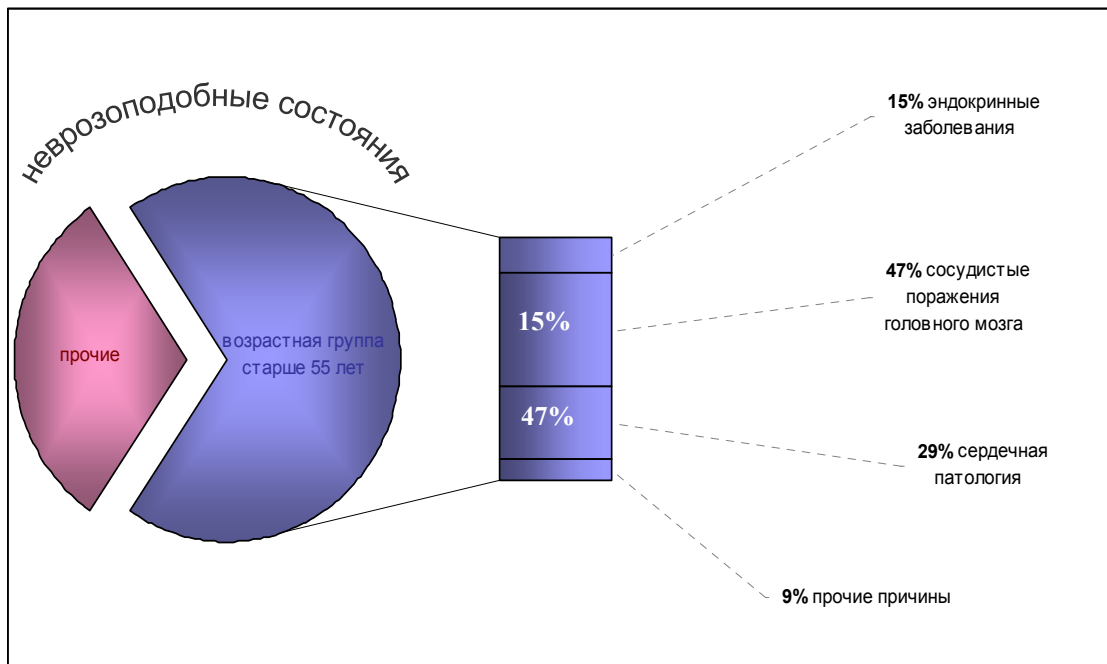


Рис. 1. Основные причины психических нарушений в возрастной группе старше 55 лет.

В генезе невротических расстройств решающую роль играли, как правило, разнообразные микросоциальные конфликтные ситуации семейной, бытовой, производственной сфер, а также их сочетанное воздействие. В возникновении неврозоподобных состояний определяющими являлись соматогенные, эндокринные, экзогенно–органические нарушения.

При клиничко–неврологическом обследовании у таких пациентов определялись признаки органической патологии – пирамидные, глазодвигательные и вестибулярные симптомы, постуральный тремор. У всех больных наблюдались перманентные, а ряде случаев и пароксизмальные вегетативные расстройства. "Классические" психосоматические заболевания диагностируются, прежде всего, как органические болезни. Если психологическим или поведенческим факторам придается существенное значение в возникновении и поддержании этих болезней, то в качестве дополнительного психиатрического диагноза в МКБ–10 применяется код F54.

На рис. 3 показаны результаты анализа клиники неврозов и неврозоподобных расстройств.

Особое место в клинической картине неврозоподобных состояний занимали физическая и психическая астения. По своей частоте она была сопоставима лишь с нарушением сна. Резкая утомляемость, истощаемость внимания, памяти, вынужденное сужение круга интересов и продуктивности на работе или

на бытовом уровне являлись более выраженными и стойкими, чем при неврозах.

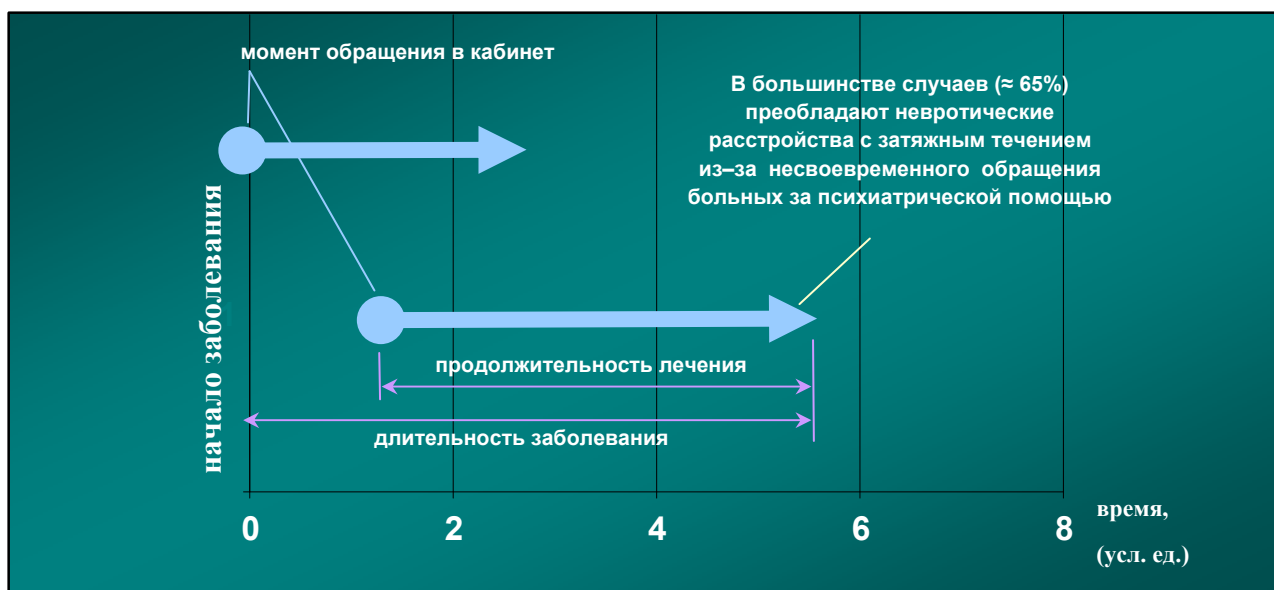


Рис.2 Причины затяжного течения заболеваний.

Раздражительная слабость или другие признаки психической астении у некоторых пациентов со временем становились привычной формой реагирования, особенностью поведения больных. У лиц эмоционально ригидных "закреплялся" ипохондрический синдром со склонностью к сверхценным образованиям, у других прослеживались канцерофобические включения с тревожным компонентом.

Часто встречался у больных соматической и неврологической патологией депрессивный синдром. Сочетание депрессии и органических заболеваний, как правило, неблагоприятный фактор, усложняющий процесс диагностики, терапии, с одной стороны, с другой – негативно влияющий на проявление, как психических нарушений, так и соматических или неврологических расстройств. В свою очередь данные расстройства оказывали выраженное и непосредственное влияние на депрессивную симптоматику, утяжеляя аффективные нарушения, снижая качество жизни многих пациентов.



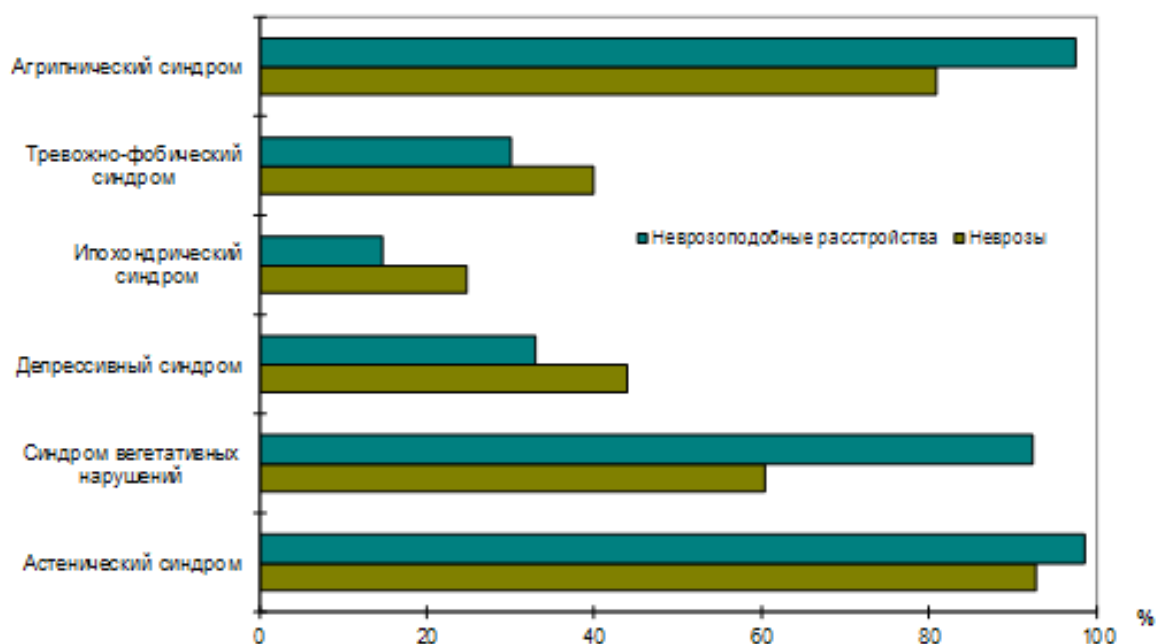


Рис. 3. Синдромы неврозов и неврозоподобных расстройств.

По сравнению с невротическими расстройствами для неврозоподобной патологии были более характерны постоянство и выраженность вегетативных нарушений. Данные нарушения были выявлены в 72,3% всех пациентов с неврозоподобными расстройствами. При неврозах вегетативные нарушения встречались реже и интенсивны были преимущественно в начальный период заболевания.

Вегетативные кризы чаще встречались у пациентов с не резко выраженными расстройствами функций диэнцефальных структур. Патология гипоталамо-гипофизарной области помимо клинических данных, подтверждалась наличием у больных рассеянной органической микросимптоматики, а также характерных изменений на ЭЭГ, что являлось одним из убедительных доказательств экзогенно-органического или соматогенного происхождения неврозоподобных расстройств. Подобные изменения ЭЭГ различного характера отмечены у 95% больных с неврозоподобными расстройствами и реже – при неврозах.

Динамика неврозоподобных расстройств зависела от течения основного заболевания. При этом психогении носили вторичный, но существенный характер. В анамнезе так же существенно значение преморбидных особенностей личности. В процессе анализа были выявлены такие личностные особенности больных с неврозоподобной симптоматикой как переоценка тяжести своего состояния. Многие пациенты были склонны к фиксации на своих ощущениях, отличались внутренней напряженностью, нетерпеливостью, не умели правильно рас-

пределять свое время, постоянно нервничали, на малейшие психогении реагировали подъемом АД и учащением сердцебиений.

Поэтому психиатрическая (психотерапевтическая) помощь больным с психическими расстройствами непсихотического уровня – насущно актуальна. В целях лечения выявленных невротических и неврозоподобных состояний предпочтение отдавалось комплексному применению физических и психофармакологических средств. Учитывая «сопутствующую» вегетативную дисфункцию, как при неврозах, так и при неврозоподобных состояниях, использовались индивидуальные программы психонейрофармакологической коррекции. Дифференцированная терапия с использованием транквилизаторов и антидепрессантов включала в обязательном порядке применение метаболических лекарственных препаратов.

Таким образом, раннее выявление функциональных изменений и психопатологических расстройств, адекватная и своевременно начатая терапия способствовали редукции основных патологических симптомов, восстановлению и поддержанию профессиональной работоспособности.

***Собенников В.С., Прокопьева М.Л. К особенностям клиники соматизированных вариантов биполярной и рекуррентной депрессии***

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ, Иркутск

Со времен античной медицины мания и депрессия рассматривались как различные, в психопатологическом отношении оппозиционные состояния. Основоположник нозологической классификации психических заболеваний Э.Крепелин, одним из первых, стал дифференцированно рассматривать маниакальные состояния с наличием в анамнезе депрессии и без таковой. В современный период, на протяжении последних 30 лет по мере оформления парадигмы биполярного расстройства, накапливались данные об обособленности биполярной и рекуррентной депрессии. Большинство авторов биполярная депрессия определялась как более «атипичная», с выраженностью тревоги и парадоксальными проявлениями соматического синдрома, в частности наличием гиперсомнии, повышенным аппетитом, приверженностью к сладкому, нередким повышением веса тела. В целом, биполярная депрессия оценивается, как имеющая худший прогноз, с более выраженным аутоагрессивным поведением больных, имеющая очень узкие показания к терапии антидепрессантами с преимущественной тропностью к терапии нормотимиками. Следует, однако, отметить, что до настоящего времени, литературные данные имеют противоречивый характер, однозначный вывод об идентичности, либо напротив, строгой самостоятельности данных аффективных расстройств пока затруднителен. В повсе-

дневной общеклинической практике наибольшие диагностические трудности вызывают соматизированные варианты депрессии. В связи с этим, распознавание рекуррентной и биполярной депрессии, при наличии соматизации клинической картины, имеет существенное значение не только для выбора оптимальной терапии, но и профилактики суицидального поведения, возможной инверсии аффекта, с углублением циркулярности течения.

**Цель.** Уточнение клинических особенностей соматизированных вариантов униполярной рекуррентной (РД) и биполярной депрессии (БД).

**Материал и методы.** Изучены 103 случая (68 женщин-66,0% и 35 мужчин-33,0%), из них с БД – 36 (34,9%), человек, женщин 19 ( 52,8%), мужчин 17( 47,2% ), с РД – 67 (65,1%), женщин 49 (73,1%), мужчин 18 (26,9%). Средний возраст для всей группы составил 43,9+1,2 лет, в группе с РД – 45,2+1,4, с БД – 41,3+2,2 лет. Применялись методы – клинико-психопатологический, дополненный оценкой с использованием клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы выраженности соматических симптомов SSI. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета Statistica 6.0, применялись модули – описательная статистика, непараметрические методы оценивания, регрессионный анализ.

**Результаты.** Непараметрическое оценивание отдельных клинических параметров выделенных групп (больные с соматизированной депрессией в рамках биполярного расстройства и униполярной рекуррентной депрессии), показало большую распространенность в анамнезе пациентов с биполярной депрессией ( $p < 0,05$ ) субклинических аффективных эпизодов в форме циклотимоподобных аффективных колебаний, либо проявлений предменструального напряжения, у больных женского пола,. Также в клинике БД достоверно чаще выявлялись значительная представленность тревоги в аффективном звене, смешанные аффективные состояния. Типичные проявления соматического синдрома - снижение аппетита, колебания массы тела пациентов, с преимущественной редукцией веса, а также выраженность соматических проявлений депрессии в целом - в большей степени имели распространенность среди пациентов БД ( $p < 0,1$ ). Кроме того, согласно показателям шкалы депрессии Гамильтона (HDRS), среди больных БД более высокие значения имели явления ажитации, суточные колебания настроения с утренними ухудшениями, симптомы депрессонализации- дереализации. В то же время при униполярной, рекуррентной депрессии чаще обнаруживались иные соматизированные симптомы (помимо явлений депрессивной соматизации). Так, согласно опроснику SSI, больные униполярной депрессией чаще предъявляли жалобы на плохое физическое самочувствие с ипохондрической фиксацией, выраженностью паттерна «поведения больного», у них

чаще обнаруживались локальные патологические сенсации с кардиальной локализацией и диффузное переживание «холода» в конечностях. Сопоставление средних суммарных показателей шкал депрессии и тревоги (HDRS и HARS) по группам, выявило отсутствие существенных различий между группами в выраженности тревожных проявлений, при относительно большей ( $p < 0,1$ ) глубине депрессивного аффекта в группе больных с БД ( $24,8 \pm 0,2$  балла) по сравнению с больными униполярной депрессией ( $23,0 \pm 0,1$  балла). Для нивелирования влияния глубины депрессии на полученные результаты - осуществлялся регрессионный анализ. Процедура множественной регрессии показателей суммарного балла HDRS и соматизированных симптомов по опроснику SSI, выявила умеренную зависимость между выраженностью симптомов депрессии и предикторами (в порядке убывания степени влияния): 1. чувство слабости; 2. переживание оцепенения; 3. чувство «неясной» головы; 4. «холод» в конечностях. Два последних признака имели отрицательные значения, что указывает на обратную связь между их выраженностью и суммарным баллом HDRS.

**Выводы.** Исходя из семантики данных признаков, можно отметить связь выраженности депрессии (суммарный балл HDRS), преимущественно с диффузным изменением общего чувства тела (коэнестезии). В то же время, обнаруживаются и дифференцирующие признаки соматизированных вариантов биполярной и рекуррентной униполярной депрессии, такие как явления ипохондрической фиксации, локальные патологические сенсации в т.ч. в виде кардиалгий. Полученные результаты могут иметь значение в дифференциальной диагностике соматизированных вариантов аффективных расстройств.

## РАЗДЕЛ 2. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

### *Баирова Т.А., Колесникова Л.И., Долгих В.В., Тугутова И.В. Роль гена ангиотензинпревращающего фермента в реализацию эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензией у подростков разных этнических групп*

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск, Бурятский филиал НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Улан–Удэ, Бурятский государственный университет, Улан–Удэ

**Цель.** Провести оценку сравнительного вклада i/d полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента в формировании эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензии у детей и подростков разных этнических групп, проживающих на территории Республики Бурятия.

**Материал и методы.** Проведено обследование 382 детям и подросткам, у которых по совокупности данных анамнеза, результатов клинико–лабораторных и функциональных исследований верифицирован диагноз эссенциальная или симптоматическая артериальная гипертензия на фоне хронического гломерулонефрита. Пациенты разделены на 2 группы: пациенты некоренной (славянской) этногруппы – 204 (53,41%), в том числе с эссенциальной артериальной гипертензией 144 (70,58%), симптоматической – 38 (18,62%), симптоматической с артериальной гипертензией 22 (10,78%), и пациенты коренной этногруппы (буряты) – 178 детей и подростков (46,59%), в том числе с эссенциальной артериальной гипертензией 82 (46,06%), симптоматической – 58 (32,58%), симптоматической с артериальной гипертензией 38 (21,34%). Группу популяционного контроля составили дети и подростки с нормальным уровнем артериального давления без признаков острых и хронических заболеваний – 173 человека, в том числе буряты – 79 (45,7%), славяне – 94 (54,3%).

Для выделения ДНК использовали неэнзиматический метод. Амплификацию участков ДНК, содержащих полиморфные фрагменты проводили с помощью проимеразной цепной реакции в автоматическом термоцикле «Biometra» с последующим электрофоретическим разделением ДНК в 2% агарозном геле.

Расчет релятивного риска (RR) развития патологии проводился по формуле:  $RR = a \cdot d / b \cdot c$ , где «а» и «в» – числе больных, имеющих (а) и не имеющих (в) мутантный аллель; «с» и «d» – числе пациентов группы контроля, имеющих (с) и не имеющих (d) мутантный аллель. Оценка проводилась в соответствии со следующими значениями:  $RR > 1$  как «фактор риска»,  $RR < 1$  – отрицательная ассоциация аллеля с заболеванием.

**Результаты.** Расчет относительного риска связанного с носительством делетированного аллеля для пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией составил 1,32, для нормотензивных пациентов с хроническим гломерулонефритом 2,4, для гипертензивных на фоне хронического гломерулонефрита пациентов 2,7. При аналогичном расчете релятивного риска носительства делетированного аллеля для пациентов коренной этногруппы показатели составили соответственно 1,27, 0,63; 1,0.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования указывают на дифференцированный вклад i/d полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента в реализацию эссенциальной и симптоматической артериальной гипертензии на фоне хронического гломерулонефрита: для пациентов славянской этногруппы делетированный аллель является протективным в формировании хронического гломерулонефрита и симптоматической артериальной гипертензии на фоне хронического гломерулонефрита.

***Долгушина М.Н., Поляков В.М. Применение арт-терапии в реабилитации девочек-подростков с репродуктивными нарушениями.***

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск

Репродуктивные нарушения у девочек-подростков являются актуальной медико-социальной и государственной проблемой, занимая одно из первых мест среди заболеваний детского населения, что обусловлено высоким риском хронизации и появлением осложнений в репродуктивной системе девочек, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции.

Важной частью восстановления здоровья девочек-подростков является реабилитация. И как один из ее этапов психотерапевтическая помощь.

На базе клиники НЦ ПЗС РЧ СО РАМН в рамках реабилитации девочек-подростков применяются арт-терапевтические методики. Одной из них является метод серийного рисования.

Метод серийного рисования является терапевтическим подходом, при помощи которого проблемы ребенка находят символическое выражение в рисунках, и в результате появляется возможность разрешения внутренних конфликтов.

Этот метод предполагает ежедневные индивидуальные встречи с пациентом в течении 20–25 минут. во время этих встреч ребенок рисует. В процессе занятий происходит 3 стадии:

- 1) начальная стадия

на этой стадии рисунки

- Изображают внутренний мир ребенка
- Отражают чувства безысходности
- Предоставляют средств для установления первоначального контакта с помощником

2) средняя стадия

- Выражение эмоций в чистом виде
- Борьба с амбивалентными чувствами
- Более глубокое отношение к помощнику
- Раскрытие глубокой проблемы

3) заключительная стадия

- Образ мастерства, самоконтроля и достоинства
- Появление позитивных образов
- Юмор центральный символ самости
- Отъединение от помощника

Таким образом в течении консультирования происходит проработка актуальных психологических проблем на символическом уровне, что особенно важно для девочек–подростков с заболеваниями репродуктивной сферы. Так как они в силу возраста склонны к сокрытию личных переживаний, особенно касающихся репродуктивной системы.

### ***Дуйбанова Н.В., Баирова Т.А., Бимбаев А.Б–Ж. Роль стабилотрии в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом***

Бурятский филиал НЦ ПЗС РЧ СО РАМН,  
Бурятский государственный университет, Улан–Удэ

**Цель.** Изучить эффективность стабилотрии и ортопедических компенсаторов в лечении постурологических нарушений у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП).

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 29 пациентов от 5 до 16 лет, страдающих спастической формой ДЦП (гемипарез –18, тетрапарез –11). В течение 4,5 лет все дети проходили регулярные ежеполугодные курсы реабилитации с применением препарата ботулотоксина типа А (БТА). В течение последних 6 месяцев в курс восстановительного лечения были включены: метод коррекции постурологи стабилотрической платформе с биологической обратной связью (стабило–БОС) и ортопедические компенсаторы (прямой – ПОК и короткий угловой КУОК) [Киселев Д.А., РГМУ, 2010 г.]. При стабилотрическом исследовании учитывались следующие параметры: площадь статокинезиограммы, среднее положение, среднеквадратическое отклонение, мак-

симальная амплитуда колебаний и скорость общего центра движения (ОЦД) во фронтальной плоскости и сагиттальной плоскостях.

**Результаты.** Внутримышечное введение миорелаксантов пролонгированного действия (БГА) в заинтересованные мышцы оказывает достоверное спазмолитическое действие по данным ЭНМГ в динамике. Тем не менее, анатомическое удлинение и устранение спастики, не всегда приводит к изменению патологического двигательного стереотипа. Включение методов ФРД на стабילו–БОС с игровыми программами и ортопедических компенсаторов ПОК и КУОК, в комплекс лечения позволяет выработать уверенность в статической вертикальной позе и коррегировать патологические приспособительные механизмы. Отмечается увеличение площади опоры на стопу, уменьшение патологических изгибов позвоночника, визуальное «центрирование», коррекция положения шейного отдела позвоночника и головы. Следующим этапом проводится выработка навыков оптимального динамического двигательного стереотипа с позитивным психоэмоциональным сопровождением. Девочки учатся двигаться «как модели по подиуму», танцевать в малых группах с индивидуальным педагогом. Мальчики – выработать красивую осанку в покое и движении «как у любимых героев, портреты которых висят на стене». Активное применение игровых программ стабילו–БОС позволяет выработать привычку двигаться наравне с другими здоровыми людьми (игровые программы «Катание на горных лыжах», «Виндсерфинг»).

**Заключение.** Включение методов стабילו–БОС с игровыми программами и ортопедических компенсаторов ПОК–КУОК в комплекс нейрореабилитации позволяет выработать оптимальный двигательный стереотип при имеющихся анатомических нарушениях. Коррекция имеющихся психосоматических расстройств позволяет улучшить социальную адаптацию и интеграцию пациентов в среду здоровых ровесников.

### ***Колесникова Л.И., Долгих В.В., Гомбоева А.С. Оценка тревожно-агрессивных состояний у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией***

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск

**Цель.** Провести оценку тревожных и агрессивных эмоциональных состояний у подростков мужского пола с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ).

**Материал и методы.** Обследовано 73 подростка мужского пола от 14 до 17 лет на базе клиники НЦ ПЗС РЧ СО РАМН и имели верифицированный диагноз ЭАГ. Пациенты не принимали базисную терапию. Были использованы следующие методы: шкала реактивной и личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру– Ю.Л. Ханину, опросник агрессивности А. Басса – А. Дарки.

**Результаты.** Анализ результатов шкалы реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности показал, что большинство респондентов имеют нормативный



уровень РТ (56% – умеренный и 10% – низкий), вместе с тем большинство обследуемых подростков имеют высокий уровень ЛТ (59%), а 34% – умеренный. Действительно, тревожность, провоцирует у человека возникновение необоснованного ощущения напряжения, угрозы в неадекватных ситуации условиях, что инициирует повышение артериального давления (АД). Согласно результатам опросника агрессивности Басса–Дарки высокий индекс агрессивности отмечался у 25% подростков с ЭАГ, при этом каждый третий испытуемый имел высокий индекс враждебности (ИВ). ИВ включает такие характеристики как подозрительность и недоверие к окружающим, зависть или недоброжелательное отношение к окружающим, и отражает те внутренние мотивы, которые провоцируют у человека возникновение агрессивных тенденций. Итак, подростки с ЭАГ, имея достаточно высокий уровень мотивационной агрессии, не всегда могут ее реализовать во вне, что возможно также провоцирует повышение АД.

**Выводы.** Результаты проведенного анализа показывают, что подростки мужского пола с ЭАГ имеют высокий уровень личностной тревожности, преобладание мотивационного аспекта агрессии над инструментальным, что вероятно приводит к подавлению агрессии. Данные особенности являются основой внутреннего напряжения, которое может являться одним из факторов риска возникновения и прогрессирования эссенциальной артериальной гипертензии.

***Колесникова Л.И., Долгих В.В., Гомбоева А.С. Эмоционально–личностные особенности подростков, как фактор риска эссенциальной артериальной гипертензии***

НЦ ПЗСРЧ СО РАМН, Иркутск

На сегодняшний день общепризнанным является представление об эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ), как мультипатогенном и полиэтиологическом заболевании. Среди множества факторов риска ЭАГ значимую роль в возникновении и течении ЭАГ играет действие стресса, в сочетании с эмоционально–личностными особенностями лиц с данной патологией. Известно, что больные ЭАГ имеет определенную психологическую структуру, характеризующуюся наличием повышенной, но подавляемой агрессивности и возбудимости, высокой тревожностью, лабильностью эмоций, хроническим напряжением с тенденцией к накоплению аффекта (копинг–стратегий) (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999; Гарганеева Н.П. и соавт., 2004; Бучина М.М. и соавт., 2007; Копылов Ф.Ю. и соавт., 2008).

Эмоциональные и характерологические свойства человека формируются еще в детско–подростковом возрасте, и данный факт объясняется двумя причинами. Во–первых, в детстве и подростковом возрасте ребенок получает тот «ба-

гаж» знаний и умений совладания со стрессовыми ситуациями, которому его обучают родители и социальная среда, во взрослом возрасте демонстрируя зачастую те паттерны поведения, которые были получены им, будучи подростком (Крайг Г., Бокум Д., 2005). Во-вторых, известно, что эмоционально-личностные и темпераментальные свойства наследуемы, связаны со специфическими гормонами, неротрансмиттерами и системами активации мозга и относительно стабильны в течение всей жизни (Ebstein R.P., Benjamin J., Belmaker R. H., 2006).

Исходя из этого, изучение эмоционально-личностных особенностей подростков с эссенциальной артериальной гипертензией является важным для понимания патогенеза данного заболевания и актуальным.

**Цель.** Определить эмоционально-личностные особенности подростков мужского пола с эссенциальной артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Обследовано 66 подростков мужского пола в возрасте от 12 до 17 лет. Все пациенты были обследованы на базе клиники У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН г. Иркутска и имели верифицированный диагноз эссенциальная артериальная гипертензия. Из исследования исключались пациенты со вторичной артериальной гипертензией, а также лица, применяющие базисную терапию. Психодиагностическое обследование включало следующие методы: беседа, наблюдение, сбор анамнеза и жалоб, а также психодиагностические методики для оценки эмоционально-личностных особенностей исследуемой выборки: шкала реактивной и личностной тревожности по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Л. Ханину, опросник Мини-СМИЛ (Л.Н. Собчик) для оценки таких параметров личности, как сверхконтроль, пессимистичность, эмоциональная лабильность, импульсивность, ригидность, тревожность, индивидуальность, оптимистичность, опросник агрессивности А. Басса – А. Дарки, направленный на определение уровня мотивационной и инструментальной агрессии.

**Результаты.** По данным опросника Мини-СМИЛ показано, что 63% респондентов имели высокий уровень притязаний, амбициозность, из них у 42% отмечались возбудимые черты, признаки импульсивности. Действительно, 42% подростков с ЭАГ имели такие черты личности, как упрямство, жесткость и ригидность установок, зачастую приводящие к конфликтным ситуациям. Вместе с тем каждый пятый респондент стремился подчеркнуть именно мягкие черты своего характера, что может свидетельствовать об их стремлении выглядеть более социально желательно и, т.о. подавлять свои желания и намерения, чтобы заслужить положительную оценку окружающих. Более того, 85% подростков имели черты эмоциональной незрелости, значимость оценки себя окружающими.

ми. Анализ результатов шкалы реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности показал, что большинство респондентов имеют нормативный уровень РТ (56% – умеренный и 10% – низкий), вместе с тем большинство подростков имеют высокий уровень ЛТ (59%), а 34% – умеренный. Согласно результатам опросника агрессивности Басса–Дарки высокий индекс агрессивности отмечался у 25% подростков с ЭАГ, высокий индекс враждебности – у 32% респондентов.

Анализ полученных данных может свидетельствовать, во-первых, о высоком уровне притязаний мальчиков подростков с ЭАГ, стремлении к достижению задуманного «любой ценой»; во-вторых, трудности в общении за счет недостаточной гибкости, ригидности установок и поведения; в-третьих, наличии у трети пациентов высокого уровня индекса враждебности, т.е. мотивационной агрессии, подозрительности и недоверия к окружающим, зависти или недоброжелательного отношения к окружающим; в-четвертых, высокий уровень личностной тревожности. Все описанное сочетается со стремлением быть «принятым», демонстрировать социально одобряемое поведение и получить благосклонное отношение к себе. Полученные нами данные подтверждаются ранее проведенными исследованиями. Так, например, описанный нами психологический профиль соответствует типу личности А, описанному еще М. Фридманом и Р. Роземаном (Языкова Т. А., Зайцев В. П., 2007). Данный тип личности определяется в соответствие с типичными для этих индивидов поведенческими стратегиями. Так, люди типа А отличаются энергичностью, враждебностью, стремлением добиваться максимальных результатов как можно быстрее. Мужчины такого типа более импульсивны, агрессивны, быстро мыслят. Еще в преморбидном периоде у них отмечается эгоцентрическая регуляция эмоциональной деятельности. Личности типа А склонны к сердечно-сосудистым заболеваниям, в частности к ЭАГ.

Вместе с указанным типом личности А мы показали, что 25% подростков стремились подчеркнуть мягкие черты характера, т.е. акцентировать социально желаемое поведение, несмотря на достаточно высокий уровень притязаний и ригидность установок, а также каждому третьему подростку свойственен высокий уровень мотивационной агрессии, зачастую не находящей адекватного выражения и, таким образом, подавляемой. Агрессия провоцирует выброс катехоламинов в кровь, провоцируя реакцию повышения давления, спазма сосудов, а регулярно подавляемая агрессия приводит к усилению механизмов прессорного действия. Можно предположить, что это несколько другой тип поведения, также свойственный лицам с ЭАГ. Действительно, еще Ф.Александром (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999) был описан внутриличностный кон-

фликт пациента с ЭАГ, заключающийся в постоянной борьбе с нарастающими враждебно–агрессивными эмоциями из–за боязни потерять благосклонность и расположение других, при этом данный паттерн поведения складывается еще в детстве, когда ребенок, будучи агрессивным и возбудимым боится утратить доброе расположение родных и близких (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

В нашем исследовании было показано, что более половины обследованных имело высокий уровень личностной тревожности. Действительно, тревожность является важным патогенетическим звеном в формировании болезни повышенного давления. Так, разными исследователями продемонстрирована связь ЭАГ и тревожности (Костогрыз М.А., 2005; Старючина Ю.А., 2005; Ходжаев А.И., 2005; Davies S.G., 1999; Markovitz J.N., 1993). Доказано, что тревожные расстройства, являясь одним из самых распространенных психических нарушений, сопутствующих заболеваниям сердца и кровеносной системы, могут значительно осложнить течение соматической патологии, являясь не только детерминантой повышенного давления, но и ее следствием, что формирует порочный круг психофизиологических изменений. Согласно теории «стресса», в ответ на длительный или чрезмерный по силе стрессовый агент формируется гиперактивность гипофизарно–надпочечниковой и симпатико–адреналовой систем с закреплением реакции хронического стресса. Последний способен сформировать «застойный» очаг возбуждения, формирование порочного круга и как следствие ЭАГ (Судаков К.В., 2003). Данный механизм касается не только влияния тревоги на повышение АД, но и других эмоций, в частности депрессии.

При систематизации исследований, посвященных проблеме взаимосвязи ЭАГ и тревожности можно определить два основных направления: первое рассматривает тревожность как причину (фактор риска) развития ЭАГ (Старючина Ю.А., 2005; Ходжаев А.И., 2005; Davies S.G., 1999; Markovitz J.N., 1993), а второе акцентирует внимание на тревожности, как состоянии, сформировавшемся на основе ЭАГ (Костогрыз М.А., 2005). В данном исследовании повышение личностной тревожности уже в подростковом возрасте может указывать на тревожность, как фактор риска, а не как реакцию на болезнь.

**Заключение.** Результаты проведенного анализа показывают, что подростки мужского пола с ЭАГ имеют достаточно высокий исходный уровень тревожности, амбициозность и упрямство, преобладание мотивационного аспекта агрессии над инструментальным, подавление спонтанного поведения за счет стремления к одобрению. Данные особенности эмоционально–личностной сферы являются основой внутреннего напряжения, которое может являться од-

ним из факторов риска возникновения и прогрессирования эссенциальной артериальной гипертензии, что требует своевременного вмешательства для улучшения адаптации к стрессовым воздействиям, обучению навыкам конструктивного выражения агрессии и эмоционального напряжения, формированию навыка расслабления.

### ***Осокин В.В. Особенности интегративной деятельности мозга детей, страдающих энурезом***

АНО Институт медицинской коррекции, восстановления и сопровождения, Иркутск

Энурез является сложной междисциплинарной проблемой, занимающей одно из центральных мест в патологии детского возраста. Несмотря на большое количество работ, посвященных энурезу, до сих пор нет четких представлений о природе данного страдания, нет и общепризнанных высокоэффективных методов лечения.

По мнению большинства исследователей, основными причинами энуреза являются задержка созревания подкорковых и корковых центров мочеиспускания, урологические заболевания и аномалии развития, инфекции мочевых путей, генетические факторы, расстройства функционирования системы сна и бодрствования, нарушение секреции антидиуретического и натрийуретического гормонов, дисфункция системы ренин–ангиотензин–альдостерон. Большое значение придается органической патологии нервной системы и невротическим расстройствам, психическим нарушениям и стрессам.

Роль перечисленных патологических факторов рассматривается как в отдельности, так и в их различных сочетаниях. При этом результаты большинства современных исследований свидетельствуют о том, что все эти факторы не могут являться определяющими в развитии энуреза и что их нужно рассматривать с позиций условий, предрасполагающих к данному заболеванию.

С другой стороны, принимая все это во внимание, выявленные факторы, по–видимому, нужно рассматривать лишь отдельными звеньями в более сложном по организации, выходящем за органно–системный уровень, динамическом патофизиологическом механизме энуреза. Речь, видимо, должна идти об общей психонейросоматической дезинтеграции при данном заболевании.

Успехи нейронауки в изучении роли лимбико–ретикулярного комплекса и межполушарных взаимоотношений в интегративной деятельности мозга позволяют с новых позиций подойти к решению ряда задач современной неврологии, в том числе и в понимании механизмов развития энуреза.

В последние годы появились работы, свидетельствующие о возможной роли неспецифических систем мозга и нарушений межполушарных взаимоотно-

ношений в патогенезе нейропатологических нарушений у детей, в том числе и энуреза. Однако данные исследования весьма ограничены и нуждаются в продолжении (Бойцов И.В., Улащик В.С., 2000; Капушак О.В. и др., 2000; Кравцов Ю.И., Бронников В.А., 2001; Москвин В.А., 2002; Куренков А.Л., 2004; Бронников В.А., Кравцов Ю.И., 2005; Кулиева М.Э., 2005; Yakinci S., 1997; Dundaroz M.R. et al., 2001; Fujiwara J. et al., 2001; Unalacak M. et al., 2004). До настоящего времени нет сведений о роли функционального состояния лимбико–ретикулярного комплекса и межполушарных взаимоотношений в механизмах формирования изучаемой патологии с позиций системогенеза, то есть в их взаимной связи, необходимого условия интегративной деятельности мозга. Все это и определило цель данного исследования.

В процессе работы был проведен анализ комплексного психоневрологического, электрофизиологического и психологического исследования 68, страдающих энурезом детей в возрасте от 4,5 до 10 лет, из них мальчиков – 56, девочек – 12. У большинства детей явления энуреза наблюдались с рождения, в 5 случаях заболевание развилось в период от 2,5 до 3 лет. Частота энуретических эпизодов варьировала от 1 раза в месяц до 2–3 за ночь. У 6 детей отмечались дневные эпизоды недержания мочи энуретического характера.

У всех больных, помимо неврологического исследования, проводился анализ психической деятельности с использованием психопатологического метода, патопсихологических и нейропсихологических методик (субтест на словарный запас, субтест на недостающие детали рисунка и на последовательные картинки, методика Кооса, рисуночные тесты; для оценки эмоционально–личностных особенностей детей использовались данные наблюдения, цветовой тест Люшера, рисуночные тесты; исследовались кинестетический, пространственный и динамический праксис, слухомоторная координация, стереогноз и зрительный гнозис). Всем пациентам предлагалось последовательно выполнить задания для оценки ведущего полушария (переплетение пальцев рук, поочередное закрывание глаз при фиксированном взоре в определенной точке через карандаш в вытянутой руке, имитирование позы Наполеона, имитирование аплодисментов; проведение прямой линии, разделяющей лист пополам, рисование треугольника и квадрата, сначала левой, затем правой рукой, проставление произвольного количества палочек левой, а затем правой рукой за 10 с., рисование круга с завершением его стрелкой, помещение ноги на ногу в положении сидя, кружение в удобную сторону в положении стоя, быстрое моргание глазом).

Всем пациентам проводилось электроэнцефалографическое компьютерное исследование в состоянии покоя, при открывании и закрывании глаз, фото–

и фоностимуляции и 3-х минутной гипервентиляции.

Общий вегетативный тонус оценивался на основе адаптированных детскому возрасту таблиц А.М. Вейна (1991), Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер (1987). Вегетативное обеспечение деятельности исследовалось путем проведения ортоклиностатической пробы, вегетативная реактивность определялась при помощи пробы Ашнера. Во всех случаях регистрировалась кардиоинтервалография с расчетом стандартных показателей (Мо, Амо, ВР, Х, ИВР, ИН).

У всех детей при неврологическом исследовании выявлялась микроочаговая рассеянная органическая симптоматика, среди которой наиболее часто встречались нарушения черепно-мозговой иннервации, изменение мышечного тонуса, анизорефлексия, сгибательные кистевые и стопные патологические рефлексии.

У всех исследованных больных наблюдались нарушения сна, чаще по типу профундосомнии (55 чел. – 81,88%). В 13 (19,11%) случаев сон был беспокойным, прерывистым с укорочением его длительности. Отмечались сноговорение, скрип зубами, вздрагивания во сне.

Во всех случаях выявлялся клинически обозначенный синдром вегетативной дистонии, что свидетельствовало о нарушении лимбико-диэнцефально-стволовой регуляции у данной категории больных. Выявлялась плохая переносимость высокой температуры, духоты в помещениях, резких изменений погоды. У части больных возникали распирающие, давящие головные боли, шум в голове и ушах, головокружение, ощущалось усиленное сердцебиение, появлялась общая слабость. У большинства детей отмечалось быстрое появление вегетативно-сосудистых пятен, преходящего цианоза, расстройства терморегуляции и потоотделения, лабильность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, выявлялись желудочно-кишечные дискинезии.

Исследование показало, что вегетативная регуляция при энурезе носит разнонаправленный характер. У большинства детей (40 чел.–58,8%) вегетативный тонус, вегетативное обеспечение функций и вегетативная реактивность имели парасимпатические характеристики. Симпатическая направленность вегетативной регуляции отмечалась у 11 (16,17%) детей. Смешанный тип регуляции выявлялся у 17 (25%) обследованных больных.

Эмоциональное поведение у 13 (19,11%) больных характеризовалось неустойчивостью, импульсивностью, легкой возбудимостью, слабой способностью к сопереживанию. Все это сочеталось с психомоторной расторможенностью.

У 40 (58,82%) детей поведение характеризовалось повышенной отвлекаемостью, зависимостью от ситуации, двигательным беспокойством, неусидчиво-

стью, склонностью к эмоциональным реакциям протеста на принуждение. Преобладали пониженное настроение, впечатлительность, жалостливость, тревожность и страхи.

В 18 (26,47%) случаях отмечались аффективные реакции. В психической сфере отмечалась слабость произвольного компонента действия и недоразвития речевого интеллекта.

У значительного числа детей (15 чел. – 22,05%) отмечались слабость инициативы, несобранность, непоседливость. Их отличала трудность адаптации к новым условиям. В ситуации препятствия возникали напряженность, раздражительность, плаксивость. Большинство детей были склонны к страхам. Отмечалась инактивность, инертность психических процессов.

По психопатологическим критериям у 26 (38,23%) детей отмечались невротические реакции, у 21 (30,88%) ребенка диагностировался синдром дефицита внимания и гиперактивности, в 26,47% (18 чел.) случаев выявлялись признаки задержки психического развития, у 11 (16,17%) детей отмечались аутистические черты.

В электроэнцефалографической картине у большинства обследованных детей с энурезом (64,86%) преобладала синхронизированная активность. При этом чаще отмечались синхронизированные ЭЭГ с преобладанием альфа-ритма (в 35,13%). Помимо этого регистрировалась синхронизированная тета- и дельта активность, которая преобладала в 10,81% случаев. Полиморфная активность с преобладанием медленных волн отмечалась у 18,91% детей.

У 7 (10,81%) больных отмечалась десинхронизированная активность с преобладанием альфа и тета-ритмов. В 13 (18,91%) случаях электроэнцефалографические показатели соответствовали возрастной норме.

В целом на электроэнцефалограммах доминировал альфа-ритм с преобладающей частотой 8–11 в секунду ( $10,45 \pm 0,23$ ) с преимущественной локализацией в затылочных областях. Амплитуда альфа-ритма у большинства больных превышала 50 мV ( $73,86 \pm 3,08$ ) и достоверно ( $p < 0,01$ ) отличалась от контрольной группы.

Достоверной межполушарной асимметрии на ЭЭГ зарегистрировано не было. Альфа-индекс справа был равен  $59,94 \pm 1,93$ , слева –  $63,87 \pm 2,81$  ( $p > 0,05$ ).

Проведенное нами комплексное исследование характера межполушарных взаимоотношений у детей с энурезом показало их неоднозначность. У большинства детей доминировала активность правого полушария мозга (61%). Функциональная активность левого полушария преобладала у 19% больных. В 20% случаев выявлялось снижение функциональной активности как левого, так и



правого полушария мозга. При этом складывался особый характер взаимоотношений между доминирующим полушарием, уровнем активности неспецифических систем мозга, характером вегетативной регуляции, психоневрологическим статусом и клинической картиной энуреза.

У детей с преобладанием функциональной активности правого полушария (слабость левого) чаще отмечалось усиление синхронизирующих влияний стволовых систем мозга. Вегетативная регуляция имела парасимпатические характеристики. Отмечалась недостаточность в вегетативном обеспечении деятельности и снижение вегетативной реактивности. Сон чаще был нарушен по типу профундосомнии. Недержание мочи каждую ночь отмечалось у 65% больных, у 12% – эпизоды непроизвольного мочеиспускания наблюдались до 2 раз за ночь, иногда сочетаясь с дневным недержанием мочи. У 33% больных данной группы частота эпизодов варьировала от 2–3 раз в неделю до 1 раза в месяц. Данные дети отличались высокой непроизвольной активностью при трудностях реализации произвольного поведения. Преобладали пониженное настроение, впечатлительность, жалостливость, тревожность, страхи. Предпочитали лепить, рисовать, конструировать, играть в сюжетные игры. Из особенностей раннего развития обращает на себя внимание задержка в формировании двигательных и речевых навыков при хорошем уровне развития зрительно–пространственных форм деятельности.

При доминировании левого полушария (слабость правого) чаще наблюдалась активация десинхронизирующих стволовых систем. В вегетативном статусе этой группы больных выявлялась отчетливая симпатoadреналовая направленность. При исследовании вегетативного обеспечения деятельности отмечалась его избыточность с несоответствием интенсивности и направленности эмоциональных и вегетативных реакций. Вегетативная реактивность имела отчетливые симпатические характеристики. Сон часто был беспокойным с обилием двигательных феноменов. У большинства детей этой группы (75%) недержание мочи наблюдалось каждую ночь, чаще в первой половине ночи. В 38% случаев эпизоды отмечались дважды за ночь. Для большинства больных данной группы характерно обильное мочеиспускание. Поведение этих детей отличалось высокой двигательной и речевой активностью, неусидчивостью, импульсивностью, резкостью движений. Эмоциональное поведение характеризовалось легкой возбудимостью, слабой способностью к сопереживанию, могли проявлять элементы жестокости. В раннем возрасте у этих детей могли наблюдаться ускоренное речевое или двигательное развитие при отчетливом недоразвитии зрительно–пространственных форм деятельности.

Для детей со снижением функций как левого, так и правого полушарий характерна неустойчивость активности неспецифических стволовых систем с некоторым преобладанием инактивирующих влияний. Вегетативный статус больных этой группы характеризовался полиморфностью и неустойчивостью симптоматики. Вегетативное обеспечение деятельности и вегетативная реактивность колебались от избыточности к недостаточности. Частота эпизодов недержания мочи в данной группе составляла 3–4 раза в неделю. В качестве характерных черт, свойственных им, нужно отметить слабость инициативы, воли, несобранность, непоседливость. Этим детей отличает трудность адаптации к новым условиям. В ситуации препятствия возникали напряженность, раздражительность, плаксивость, страхи. При этом интересы были достаточно разнообразны. В качестве особенностей раннего развития прослеживалась неравномерность, мозаичность, скачкообразность в формировании психических функций. Таким образом, для детей с энурезом характерно расстройство интегративной деятельности мозга на системном, межсистемном и межполушарном уровнях. При этом формируются типовые профили патологических взаимоотношений на полушарно–лимбико–диэнцефально–ретикулярном уровнях с реализацией определенных форм вегетативной дизрегуляции, особым характером психоневрологического статуса и особенностями клинического течения энуреза.

***Поляков В.М., Колесников С.И., Долгих В.В., Рычкова Л.В. Развитие когнитивных процессов у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией***

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск

У 108 пациентов с ЭАГ и 102 детей и подростков контрольной группы проводилось исследование когнитивных функций – произвольного внимания, речи и памяти, с помощью батареи тестов, в которую вошли методики на определение состояния внимания (корректирующая проба, таблицы Шульте), речи (ассоциативный эксперимент, составление рассказа на заданную тему), памяти (запоминание и воспроизведение 5 слов и пространственно ориентированных фигур).

Анализ состояния процессов произвольного внимания у детей и подростков с ЭАГ показал следующее. Для пациентов с артериальной гипертензией по сравнению с контрольной группой было характерно увеличение времени выполнения задания и числа допускаемых при этом ошибок. Кроме того, заметно ухудшались показатели устойчивости, концентрации и распределения произвольного внимания при относительной сохранности темпа выполнения проб. На этом фоне отмечалось значительное снижение эффективности обработки зрительной информации. Как следствие, у пациентов с ЭАГ преобладали раз-

личные отклонения в развитии этой когнитивной функции, в виде неустойчивости и истощаемости процессов внимания. Все это свидетельствовало об изменении нейродинамики протекания процессов произвольного внимания у детей и подростков с ЭАГ. Ухудшение процессов произвольного внимания могло быть связано как с нарушением регулирующих механизмов, так и за счет снижения степени напряжения внимания. Согласно полученным данным, у детей и подростков с ЭАГ имело место изменение обоих компонентов, но в разной степени выраженности: относительная сохранность темпа выполнения заданий резко контрастировала со значительным ухудшением качества работы, особенно в динамическом аспекте. Интенсивность внимания, отражающаяся в темпе выполнения тестов, больше связана с уровнем неспецифической активации и функциональным состоянием нижних отделов неспецифической активирующей системы, а точность выполнения работы и эффективность обработки информации зависят от состояния регулирующих систем мозга, включающих локальную активацию, находящуюся под контролем лобных и височных отделов коры. Учитывая это, можно говорить о неодинаковой степени вовлеченности в патологический процесс разных структур ЦНС. Так, процессы неспецифической активации, обеспечивающей условия для протекания когнитивных процессов, у пациентов с ЭАГ оставались относительно сохранными, в то время как в звене кортикофугальных влияний, исходящих из лобных долей мозга имелись достаточно отчетливые функциональные нарушения. Следовательно, у детей и подростков с артериальной гипертензией в структуре нарушений произвольного внимания на первое место выходят симптомы, связанные со снижением функциональной активности регулирующих систем (медиобазальные отделы лобных и височных долей)

Имеющиеся половые особенности заключались в том, что у мальчиков с ЭАГ отмечались более выраженные нарушения процессов произвольного внимания, чем у девочек. Это могло указывать на более высокую чувствительность мальчиков к действию патологических факторов при артериальной гипертензии и/или лучшую адаптацию девочек к повышенному уровню артериального давления.

Стратегия компенсаторно–приспособительных процессов при ЭАГ в отношении произвольного зрительного внимания была направлена на сохранение темпа при ухудшении концентрации внимания и качества переработки информации. Это изменение стратегии переработки информации было вызвано необходимостью опираться на относительно сохранное звено – стабильный уровень неспецифической активации.

Характеризуя динамическую сторону любого когнитивного процесса, внимание может определять механизм нестабильности различных когнитивных функций у больных с ЭАГ, в том числе речи и памяти.

Состояние речи у пациентов с ЭАГ характеризовалось следующими тенденциями.

Выявлялось снижение активности и продуктивности речи, изменение нейродинамических условий протекания речевой деятельности: уменьшение общего количества слов и предложений в тестах, увеличение времени выполнения заданий, симптомы истощаемости. Ухудшение способности активного извлечения слов, трудность в переключении с одного слова на другое, с одной семантической группы на другую, затруднения в формировании семантических полей, ухудшение способности к развернутому речевому высказыванию соотносились со снижением функциональных возможностей лобно-височных отделов коры преимущественно левого полушария. Эти специфические нарушения речевой деятельности наиболее сильно отличали пациентов с артериальной гипертензией от контрольной группы.

В развитии слухоречевой памяти у детей и подростков с ЭАГ отмечались следующие особенности. Высокая индивидуальная изменчивость измеренных признаков, неустойчивость процессов слухоречевой памяти у всех детей и подростков с артериальной гипертензией, снижение практически всех параметров запоминания и воспроизведения по сравнению с контрольной группой. Наиболее пострадавшим звеном в процессе слухоречевого запоминания являлась долговременная память – нарушением перевода запоминаемой слухоречевой информации в долговременное хранение.

Характер ошибок, появляющихся в процессе запоминания и воспроизведения слухоречевого материала указывал на изменение нейродинамики протекания мнестического процесса, связанное с ослаблением неспецифических восходящих влияний и функциональной недостаточностью лобно-височных структур, в том числе лобных отделов коры, регулирующих локальную активацию.

Компенсаторные (защитно-приспособительные) процессы были направлены на создание жесткой функциональной системы, объединяющей различные уровни запоминания и в первую очередь долговременную память. Возможно, формирование более тесных связей между составляющими мнестической функции происходит под влиянием переменных, которые не рассматриваются в данном исследовании, например, аффективных процессов.

В отличие от слухоречевой, зрительная память у детей и подростков с ЭАГ по уровню развития не отличается от контрольной группы. Вероятно в па-

тогенезе артериальной гипертензии те мозговые структуры, через посредство которых происходит реализация зрительного запоминания, в детском и подростковом возрасте остаются относительно интактными. Это преимущественно задние отделы правого полушария. Однако в структуре зрительной памяти у пациентов с ЭАГ выявляется и патологическое звено – нарушение прочности следов, то есть перевод их в долговременную память. Но в процессах консолидации следов участвуют и другие структуры – гиппокамп, миндалина, медиальные отделы височной области, функциональные изменения которых при артериальной гипертензии могут быть связаны с ухудшением зрительной долговременной памяти.

Таким образом, развитие разных видов памяти при артериальной гипертензии у детей и подростков являлось разнонаправленным: нарушение слухоречевой памяти сочеталось с достаточно хорошим уровнем состояния зрительного запоминания.

В заключение отметим, что патофизиологические механизмы, лежащие в основе выявленных нарушений когнитивных функций у пациентов с ЭАГ, были связаны с ослаблением неспецифических восходящих активирующих влияний с одной стороны, и локальной активации областей коры, находящейся под контролем со стороны медиальных отделов лобно–височных структур – с другой. Компенсаторно–приспособительные процессы были направлены на преодоление неустойчивости энергетического обеспечения и недостаточного функционального развития лобно–височных корковых структур левого полушария в обеспечении когнитивных процессов с формированием жесткой (патологической) функциональной системы, объединяющей разные уровни когнитивной деятельности.

***Поляков В.М., Колесников С.И., Долгих В.В., Рычкова Л.В. Развитие межполушарной асимметрии у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией***

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск

Анализ состояния функциональной сенсомоторной асимметрии и межполушарных взаимоотношений у детей и подростков с артериальной гипертензией в возрасте 12 – 18 лет показал, что механизмы их формирования имеют ряд особенностей.

Сенсомоторная асимметрия у большинства детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) отличалась низкой степенью выраженности, что указывало на снижение доминирования (по исследуемым характеристикам) левого полушария. В этой связи можно предположить наличие

определенной незрелости в развитии межполушарной асимметрии, которая является следствием действия неблагоприятных факторов.

Накопление амби – и леволатеральных черт прослеживалось преимущественно в моторной и слуховой системе, в то время как асимметрия в зрительном анализаторе практически не отличалась от нормативных показателей. Эти особенности асимметрии у пациентов с ЭАГ отражали, вероятно, характер патологических воздействий, а также изменение функциогенеза мозга, которое было связано со снижением функциональных возможностей левополушарных, в основном лобно–височных, структур.

Выявленная специфика межполушарного взаимодействия у больных с ЭАГ, связанная с низким уровнем развития асимметрии, может рассматриваться не только как следствие патологических воздействий при артериальной гипертензии, но и как компенсаторный механизм, облегчающий перераспределение нагрузок на правое полушарие в условиях функционального дефицита в работе левого полушария. Известно также, что лучше процессы адаптации протекают у лиц с менее выраженной асимметрией. Учитывая ведущую роль правого полушария в вегетативной и эндокринной регуляции, можно прогнозировать в этом случае облегчение процессов адаптации у больных с ЭАГ в результате подключения вегетативных и эндокринных механизмов, а также системы обеспечения метаболических процессов.

Изменение межполушарной асимметрии у пациентов с ЭАГ с неизбежностью приводит к перестройкам в формировании когнитивной деятельности, так как нормальному психическому развитию способствует нарастание сенсорной и моторной асимметрии, а чем больше накопление левых и симметричных латеральных признаков у детей и подростков, тем хуже развиваются когнитивные процессы и ухудшается обучаемость.

***Старовойтова Т.А., Долгих В.В., Михнович В.И., Белогорова Т.А,  
Тетерина Т.А. Структура психосоматических расстройств у детей  
с аутизмом***

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск

Группа первазивных расстройств развития с аутистическими проявлениями представляет собой комплексное нарушение, обусловленное дисфункцией интегративной деятельности нервной системы в процессе ее развития. Психосоматические нарушения включают отклонения в деятельности различных органов и систем, характеризуются полиморфностью и специфичностью, что позволяет предположить их роль в патогенезе данного заболевания. Значительные сложности в лечении обусловлены наличием в клинической картине не

только собственно аутистических проявлений, но и связанных с ними психосоматических расстройств

Цель настоящего исследования состояла в уточнении структуры психосоматических расстройств с их учетом при дальнейшей разработке методов коррекции для улучшения жизнедеятельности пациентов.

Нами проведено исследование 24 детей в возрасте от 4 до 8 лет с аутистическими проявлениями (включены дети с синдромом Каннера и Аспергера).

Выявлены нарушения (отмеченные с раннего возраста): расстройства сна – недостаточный дневной и ночной сон, отсутствие дневного сна, трудность засыпания, частые ночные пробуждения с эпизодами и без эпизодов психомоторного возбуждения, зависимость от привычных условий и невозможность их изменения, двигательные стереотипии во сне, нарушение ритма сон-бодрствование у 17 детей (70,8%); расстройства пищеварения – частые срыгивания и/или рвоты, однообразный рацион с трудностью введения новых продуктов и их непереносимостью у 18 детей (75%); низкая прибавка веса – 10 детей (42%), избыточный вес – 2 детей (8%). При исследовании выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: нарушение ритма – 14 детей (58%), синоатриальная блокада II степени I типа и неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 9 детей (37,5%), нарушение реполяризации желудочков – 9 детей. Аллергические реакции, атопический дерматит, пищевая непереносимость отмечена у 13 детей (54%); бронхиты, ларинготрахеиты у 7 детей (29%); дисбиозы, дискинезия желчевыводящих путей у 8 детей (33%).

Таким образом, каждый ребенок имеет нарушения в функционировании нескольких органов и/или систем организма, что может приводить к формированию «порочного круга», что отрицательно сказывается на жизнедеятельности детей этой группы и может утяжелять проявления основного заболевания.

Уточнение характера и роли психосоматических расстройств у детей с аутистическими расстройствами позволит разработать способы лечения, повышающие возможности стабилизации процесса с улучшением социализации и улучшением общего прогноза.

### ***Савчук О.В., Поляков В.М. Психодинамические аспекты формирования эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков***

НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, Иркутск

Было обследовано 239 детей с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), вошедших в основную группу и проходивших обследование и лечение в клинике НЦ ПЗСРЧ СО РАМН в 2003 – 2005 годах.

Возраст обследуемых детей основной группы составил от 11 до 18 лет. У всех детей психосоматическое расстройство носит хронически–рецидивирующий характер. Особенности эмоциональных реакций у детей и подростков исследовались с помощью клинических наблюдений и психодиагностических методик: «Метод цветowych выборов Люшера», «Метод портретных выборов Л. Сонди», «Рисунок человека» Кауфманна, «Кинетический рисунок семьи».

Установлено, что детям с ЭАГ свойственно не только сильное подавление агрессивности, но также и выраженная и неконтролируемая вследствие патологического процесса психофизиологическая реактивная лабильность в ситуациях, которые приводят к мобилизации чувства враждебности. Когда чувства злости и ярости не сопровождаются (или не могут быть сопровождаемы) соответствующим поведением и должны быть подавлены, в зависимости от выраженности генотипически–соматической предрасположенности повышается кровяное давление. Агрессивное торможение, необходимость приспособиться к ситуации, скрывает сильный внутренний конфликт близости–дистанцирования и интенсивной защитой зависимых желаний.

Результаты исследования эмоционально–личностной сферы у подростков с ЭАГ показали, что для этой категории больных характерным является: постоянное внутренне эмоциональное напряжение, жесткий контроль эмоций и стремление к их подавлению, неудовлетворенность собой, ригидность самооценки, стремление соответствовать социально приемлемому образу, комфортность, эмоциональная лабильность, депрессивный способ реагирования на стресс.



Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования  
Иркутский государственный медицинский университет  
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН  
Научно–исследовательский институт психического здоровья СО РАМН  
Министерство здравоохранения Иркутской области  
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению Администрации г. Иркутска

## **ПРОГРАММА**

**VII Байкальской межрегиональной конференции**

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

Иркутск  
22 сентября 2011 года

22 сентября, 9:00 – 15:30, регистрация 9:00–9:25.

Иркутск, зал отеля «Солнце».

---

09:25	<b>Открытие Психосоматической школы.</b>
09:30 10:00	<i>Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ.</i> <b>Аффективные и соматоформные расстройства в практике врача–интерниста.</b>
10:10 10:40	<i>Белялов Фарид Исмагильевич, профессор кафедры геронтологии и гериатрии ИГМАПО.</i> <b>Клинические ситуации в практике интерниста.</b>
10:50 11:20	<i>Петрунько Ольга Вячеславовна, доцент кафедры психиатрии ИГМАПО.</i> <b>Тревога в общесоматической практике. Клинические варианты, терапия.</b>
11:30 12:00	<i>Куклин Сергей Германович, профессор кафедры терапии и кардиологии ИГМАПО.</i> <b>Психические расстройства в практике кардиолога.</b>
<b>Кофе–брейк 12:10 – 12:40</b>	
12:45 13:15	<i>Стародубцев Анатолий Васильевич, доцент кафедры неврологии ИГМАПО.</i> <b>Психонейросоматические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.</b>
13:25 13:55	<i>Собенникова Вероника Васильевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМАПО.</i> <b>Расстройства психологической адаптации в общеклинической практике.</b>
14:05 14:35	<i>Капустенская Жанна Исмагиловна, доцент кафедры геронтологии и гериатрии ИГМАПО.</i> <b>Терапия эмоциональных расстройств в гериатрии.</b>
14:45 15:15	<i>Иванова Людмила Александровна, ассистент кафедры психиатрии ИГМАПО.</i> <b>Хронический болевой синдром в общесоматической практике.</b>
<b>Дискуссия. Закрытие конференции.</b>	

---

## Психосоматические расстройства детского возраста

22 сентября, 10:00 – 14:00, регистрация 09:30 – 09:55

Иркутск, ул. Тимирязева 16. Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, актовый зал.

---

10:00	<b>Открытие конференции.</b>
10:15	<i>Колесникова Любовь Ильинична, директор НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, член–корр. РАМН. Вступительное слово.</i>
10:15	<i>Колесникова Любовь Ильинична, директор НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, член–корр. РАМН, Долгих Владимир Валентинович, зам. директора по науке, д.м.н., профессор, Поляков Владимир Матвеевич, зав. лабораторией психонейросоматической патологии детского возраста, к.п.н., Рычкова Любовь Владимировна, зав. отделом экологической педиатрии, д.м.н., НЦ ПЗС РЧ СО РАМН. <b>Современные проблемы психосоматических расстройств детского возраста.</b></i>
10:30	
10:30	<i>Поляков Владимир Матвеевич, зав. лабораторией психонейросоматической патологии детского возраста, к.п.н., НЦ ПЗС РЧ СО РАМН. <b>Когнитивные нарушения у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.</b></i>
10:45	<i>Рычкова Любовь Владимировна, зав. отделом экологической педиатрии, д.м.н., НЦ ПЗС РЧ СО РАМН. <b>Внутренняя картина болезни у детей с эссенциальной артериальной гипертензией.</b></i>
11:00	
11:00	<i>Баирова Татьяна Ананьевна, зам. директора по науке, д.м.н., БФ НЦ ПЗС РЧ СО РАМН (Улан–Удэ). <b>Этиогенетические аспекты артериальной гипертензии у подростков.</b></i>
11:15	<i>Старовойтова Татьяна Евгеньевна, м.н.с. лаборатории психонейросоматической патологии детского возраста, НЦ ПЗС РЧ СО РАМН. <b>Некоторые аспекты метаболизма аминокислот у детей с аутистическими расстройствами.</b></i>
11:30	
11:30	<i>Гомбоева Арюна Сергеевна, аспирант НЦ ПЗС РЧ СО РАМН. <b>Оценка тревожно–агрессивных состояний у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.</b></i>
11:45	

---

---

*Денисова Татьяна Валерьевна, врач отделения функциональной диагностики, к.м.н., НЦ ПЗС РЧ СО РАМН.* **Психофизиологические механизмы нарушения циркадианных ритмов у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.**

---

*Савелькаева Марина Владимировна, зав. гастроэнтерологическим отделением НЦ ПЗС РЧ СО РАМН.* **Гастроэнтерологическая патология у детей и подростков как психосоматическая проблема.**

---

*Власенко Анастасия Вячеславовна, зав. отделением физиотерапии и реабилитации, к.м.н., НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН.* **Немедикаментозная реабилитация детей с психосоматической патологией (современные подходы).**

---

*12:30 – 13:00 Кофе – брейк*

---

*13:00 – 13:45 МАСТЕР – КЛАССЫ*

---

*Савчук Оксана Витальевна, с.н.с. лаборатории нейропсихосоматической патологии детей и подростков НЦ ПЗС РЧ СО РАМН.* **Психодиагностика в оценке первичных и вторичных факторов формирования психосоматических расстройств.**

---

*Прохорова Жанна Владимировна, н.с., к.б.н., НЦ ПЗС РЧ СО РАМН.* **Немедикаментозный метод лечения при психосоматических расстройствах детского возраста.**

---

*Долгушина Мария Николаевна, психиатр НЦ ПЗС РЧ СО РАМН.* **Применение арт –терапии в реабилитации девочек подростков с репродуктивными нарушениями.**

---

*13:45 – 14:15*

---

*Дискуссия. Закрытие конференции.*

---