

Министерство здравоохранения Иркутской области
Департамент здравоохранения и социальной помощи населению Администрации г. Иркутска
Иркутский государственный медицинский университет
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН
Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН

УДК 616.89-06:616
ББК 56.14

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Материалы
VI Байкальской межрегиональной конференции



Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике: сборник материалов VI Байкальской межрегиональной конференции (Иркутск, 23-24 сентября) / Под ред. Ф.И.Белялова, В.С.Собенникова, Л.Е.Мальцевой. Иркутск, 2010. 118 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

© ИГМУ, ИГИУВ 2010

*Иркутск
23-24 сентября 2010 года*

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ИНТЕРНИСТОВ.....	6
Белялова Н.С., Дворниченко В.В. Психический статус и прогноз оперативного вмешательства при немелкоклеточном раке легкого	6
Волель Б.А. Ипохондрические развития в общемедицинской сети.....	10
Галеева К.В., Куприянова И.Е., Глушко Т.В., Семке Г.В., Попов С.В., Курлов И.О. Влияние внутрисемейных отношений на качество жизни пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями.....	11
Иванов С.В. Применение психотропных средств в общей медицине.....	12
Казенных В.В., Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П. Особенности функционирования терапевтической службы в условиях психиатрического стационара	13
Карауш И.С., Куприянова И.Е. Некоторые аспекты психического здоровья детей с нарушением слуха	14
Клинов С.Н., Ясникова Е.Е. Опыт применения мексидола у больных с сочетанной неврологической и психической патологией в условиях скорой медицинской помощи.....	15
Куприянова И.Е. Психологические характеристики пациентов с онкологическими заболеваниями.....	16
Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Кривошекова Г.В., Байструкова Н.В. Нозологическая структура психических расстройств у женщин с пролиферативной патологией репродуктивной системы	20
Потапкина Е.В., Коломиец С.А. Структура нервно-психических расстройств, сопутствующих онкологическим заболеваниям у пациентов Областного Онкологического Диспансера г. Томска	21
Пшеничных И.В., Абзалеев В.А., Садурская О.С. Пусковые механизмы пароксизмальных состояний неэпилептического генеза.....	22
Рыбалко В. О., Собенников В. С. Психологический портрет лиц, страдающих избыточным весом.....	24
Садурская О.С., Пшеничных И.В. Применение телесно-ориентированной психотерапии при головных болях напряжения.....	26
Субботина М.В., Лавренчук В.В., Салагубова К.А., Некрасова О.А., Косьминова К.С. Проявления тревоги и депрессии при тугоухости	28
Тихонова О.В. Эмоциональный компонент внутрисемейных отношений больных язвенной болезнью как фактор дезадаптации	30
Цилли Е. И., Кузнецова И. А., Снопкова Ю. Г. Применение стимулотона при терапии аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях амбулаторного отделения клиник ИГМУ	31
Черняк Н.Б., Аксенов М.М. Клиника пограничных непсихотических расстройств у больных бронхиальной астмой.....	32
Шагдурова Э.А., Окладников В.И. Качество жизни у метеочувствительных пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.....	34

РАЗДЕЛ 2. ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ И ПСИХИАТРИИ	37
Бобров А.С., Павлова О.Н. Аффективные расстройства с неврозоподобной и соматоформной симптоматикой в клинике неманифестной шизофрении	37
Вальдздорф Е.В., Петрова И.С. Зависимость характера совершаемых преступлений у лиц, привлекаемых к уголовной ответственности с возникновением различных видов соматоформных расстройств	44
Вальдздорф Е.В., Петрова И.С. К вопросу коморбидности соматоформных расстройств с другой психической патологией, выявленных в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	45
Иванова Л.А. Особенности терапевтической динамики органической астении и расстройства адаптации под влиянием монотерапии ладастеном	46
Колягин В.В. Терапевтические и психотерапевтические технологии лечения гемблинга	51
Колягин В.В. Диагностика психиатрами практического здравоохранения Сибири биполярного аффективного расстройства.....	52
Колягин В.В., Безбородова Н.В., Колягина В.В., Данилова Н.В., Кисель С.В. Представленность биполярного аффективного расстройства в психиатрическом стационаре	54
Корнетов Н.А. О современном психосоматическом подходе.....	56
Магонова Е.Г. Депрессия, связанная со стрессом, на этапе катамнестического наблюдения	60
Окладников В.И. «Духовная доминанта» и психосоматическая патология... 61	
Перчаткина О.Э., Костин А.К., Гуткевич Е.В., Семке В.Я. Психосоматические нарушения в клинике диссоциативных психических расстройств	64
Петрунько О.В., Хамарханова А.А., Швецова А.В. Генерализованная тревога в клинике эндогенной депрессии	68
Проккопьева М.Л. К оценке соматизированной депрессии с рекуррентным и биполярным течением	69
Рожков А.В. К изучению депрессивных расстройств с агрессивными тенденциями	70
Собенников В.С. Соматизация — психопатологический и патогенетический анализ	72
Стоянова И.Я., Семке В.Я. Концепция клинической персонологии в аспекте психосоматических расстройств	81
Чернышева К.Г., Симуткин Г.Г. Хронология формирования паттерна течения депрессивных расстройств по типу «двойной депрессии»	83
Ясникова Е.Е. Некоторые психосоматические аспекты опийной наркомании	84
РАЗДЕЛ 3. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	89
Долгих В.В., Рычкова Л.В., Немова С.И., Родионова А.Н. Варианты течения вегетативной дистонии у интеллектуально одаренных подростков	89
Долгих В.В., Рычкова Л.В., Немова С.И., Родионова А.Н. Психосоматические расстройства у интеллектуально одаренных школьников	92

Долгих В.В., Фомина Н.А., Кулеш Д.В., Гомбоева А.С. Опыт работы школы артериальной гипертензии у подростков	93
Долгушина М.Н. Поляков В.М. Особенности детско-родительских отношений у детей с психосоматическими расстройствами	94
Колесникова Л.И., Прохорова Ж.В., Поляков В.М. Эмоциональные расстройства у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.....	95
Машанская А.В., Прохорова Ж.В., Власенко А.В. Долгих В.В. Роль физиотерапевтических и немедикаментозных методов в коррекции психосоматических и соматоформных расстройств у детей и подростков.....	99
Машанская А.В., Киргизова О.Ю., Прохорова Ж.В. Колесникова Л.И. Эффективность использования КВЧ-пунктуры и психофизиологического метода биологической обратной связи при лечении подростков с соматоформными расстройствами нервной системы	102
Поляков В.М., Колесникова Л.И., Долгих В.В., Рычкова Л.В., Мадаева И.М., Погодина А.В. Психофизиологические аспекты формирования артериальной гипертензии у детей и подростков	104
Потапова В.А. Типология психических расстройств у подростков с соматическими проблемами	109
Шевыргалова О.Н., Мадаева И.М., Долгих В.В. Нарушения сна и артериальная гипертензия у подростков	110

РАЗДЕЛ 1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ИНТЕРНИСТОВ

Белялова Н.С., Дворниченко В.В. Психический статус и прогноз оперативного вмешательства при немелкоклеточном раке легкого

Иркутский областной онкологический диспансер, Иркутск

При ведении онкологических пациентов важное место занимает оценка психического состояния и мониторинг качества жизни в процессе лечения. В ряде исследований выявлена корреляция качества жизни с ответом на противоопухолевую терапию при раке легкого на фоне химиотерапии или ее комбинации с лучевой терапией (Blazeby J.M. et al., 2006; Ganz P.A. et al., 1991; Nicolaou N. et al., 2007). В других исследованиях, напротив, такой корреляции не найдено (Herndon J.E. et al., 1999; Ringdal G.I. et al., 1996). У пациентов, планирующих на хирургическое вмешательство по поводу онкологического заболевания, оценка качества жизни также может повлиять на выбор лечения (Blazeby J.M. et al., 2006). Однако, в отличие от химиотерапии, исследований по оценке взаимосвязи качества жизни и результатов хирургического лечения при раке легкого проведено мало. Имеющиеся исследования показали взаимосвязь выживаемости и качества жизни только в смешанной группе пациентов либо при ограниченных формах мелкоклеточного рака (Montazeri A. et al., 2001; Ruckdeschel J.C. and Piantadosi S., 1994). В трех исследованиях влияния качества жизни на выживаемость у пациентов с 1—3 стадией немелкоклеточного рака легкого, подвергшихся оперативному вмешательству, не обнаружено (Herndon J.E. et al., 1994; Win T. et al. 2008; Win T. et al., 2005).

Цель данной работы заключается в оценке качества жизни у пациентов с немелкоклеточным раком легкого и его влияния на риск осложнений и краткосрочный прогноз после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В исследование было включено 12 мужчин в возрасте 50—75 лет (средний возраст 62,2±8,3 года) с недавно диагностированным немелкоклеточным раком легкого, стадия окончательно уточнялась после оперативного вмешательства и у 2 пациентов завершилась пробной торакотомией. Пациентам проводилось стандартное предоперационное обследование, в т.ч. спирометрия с бронхолитиком, 6—минутный тест, а при необходимости — шаттл—тест. Показатели 6—минутного теста в среднем составили 413±57 метров. Средний объем форсированного выдоха за 1 секунду был равен 76,9%, а жизненная емкость легких 86,5% от должной. У 33% пациентов имелась сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Средняя продолжительность заболевания составила 4 месяца.

Тестирование депрессии и тревоги проводилось по шкалам самооценки Цунга, качества жизни — по опросникам SF-36 и EORTC QLQ-C30, а также по опроснику для больных раком легкого EORTC LC-13.

Опросник SF-36 образует 8 шкал, которые формируют 2 суммарных показателя — «физический компонент здоровья» (PCS) и «психический компонент здоровья» (MCS). Разработаны формулы подсчета этих показателей, которые

основаны на корреляции показателей шкал. Первые 3 шкалы — физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), и интенсивность боли (BP) тесно коррелируют с PCS, последние 3 шкалы — социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) и психическое здоровье (MH) сильно связаны с MCS (Farivar S.S. et al., 2007; Ware J.E.). Средние 3 шкалы — общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT) и социальное функционирование (SF) коррелируют в той или иной степени с обоими суммарными показателями здоровья (Farivar S.S. et al., 2007). Для удобства сравнения показателей между собой и со среднестатистическими показателями существует перевод в усредненные стандартизированные значения. При этом баллы выше 50 считаются выше средних, а ниже 50 — ниже средних. Для российской популяции стандартизация показателей проводилась согласно результатам многоцентрового популяционного исследования качества жизни «МИРАЖ» (Амирджанова В.Н. и др., 2008).

Опросник EORTC QLQ-C30 состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное, социальное функционирование), 3 шкалы симптомов (слабость, боль, тошнота и рвота), шкалы общего качества жизни и 6 одиночных вопросов.

Полученные данные обрабатывали с помощью статистического пакета «Statistica 8.0». При поиске различий между группами использовались t-критерий для независимых выборок, U критерий Манна-Уитни, критерий серий Вальда-Вольфовица, ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса, медианный тест и таблица сопряженности χ^2 . При изучении зависимости между переменными использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Показатели качества жизни у пациентов с раком легкого перед оперативным вмешательством приведены в таблице 1.

Различия показателей опросника SF-36 для мужчин с немелкоклеточным раком легкого с российской популяцией оказались достоверными только по интенсивности боли ($t=2,38$, $p<0,05$). Самые низкие показатели были по шкале жизнеспособности (VT), которая свидетельствует об утомляемости и снижении жизненной активности пациентов. Для сравнения с данными США проведена стандартизация к популяции США 1998 года. В таблице 2 приведены коэффициенты корреляции шкал опросника SF-36 с суммарными показателями здоровья — PCS и MCS. Обращает внимание разница в корреляции шкал VT и GH с общим физическим и психическим здоровьем нашей подгруппы пациентов с американской популяцией. Ощущение усталости, отсутствие бодрости и жизненной активности у наших пациентов в большей степени были связаны с физическими причинами, а самооценка здоровья и перспектив лечения — с психологическим компонентом. Можно предполагать значительное влияние заболевания на эти данные. На различия в корреляции подшкал и осторожность в интерпретации суммарных показателей ранее уже указывали S. Farivar и соавт. (2007) и С. Taft и соавт. (2001).

Таблица 1.

Стандартизованные показатели качества жизни опросника SF-36

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Рак легкого, мужчины 50—75 лет, n=12, стандартизация к российской популяции	50,02	52,05	52,93	50,57	48,26	50,05	51,58	51,26
Мужчины, 55—74 лет, исследование «Мираж», n=180	45,70	46,45	46,27	46,88	49,5	48,81	47,81	51,02
Рак легкого, мужчины 50—75 лет, стандартизация к популяции США, 1998 г	47,53	45,62	49,43	44,17	47,49	44,00	43,90	42,11

Уровень общего физического и психического здоровья в нашей группе при стандартизации к данным популяции США 1998 года, оказался равным 48,68 и 42,59, соответственно. Различия были значимыми для общего психического здоровья ($t=2,56$, $p<0,05$) и для шкал, коррелирующих преимущественно с PCS: GH ($t=2,01$, $p<0,05$), SF ($t=2,08$, $p<0,05$), RE ($t=2,11$, $p<0,05$), MH ($t=2,73$, $p<0,01$).

При сравнении абсолютных значений с мужчинами Канады 55—74 лет разница оказалась достоверной для GH ($t=3,10$, $p<0,01$), VT ($t=3,91$, $p<0,001$), RE ($t=3,23$, $p<0,01$), MH ($t=5,17$, $p<0,001$). Различий в показателях качества жизни между нашей подгруппой и мужчинами Новосибирска 45—69 лет выявлено не было (Симонова Г.И. и др., 2006). Отсутствие значимых различий при сравнении полученных данных с российской популяцией и наличие различий при сравнении с популяциями США и Канады в шкалах, отражающих преимущественно психическое здоровье, можно объяснить различными социально-экономическими условиями (Ионова Т.И.; Hemingway H. et al., 1997).

Уровень тревоги и депрессии, оцененный по самоопроснику Цунга, оказался невысоким: депрессия по шкале Цунга составила $34,8 \pm 8,6$ баллов, тревога — $29,7 \pm 7,9$ баллов, а их значения превышали норму лишь в 8,3% случаях каждый.

Трансформированные значения шкал опросника EORTC QLQ-C30 у пациентов с немелкоклеточным раком легкого оказались следующими: физическое функционирование — 79,4, ролевое функционирование — 73,6, эмоциональное функционирование — 67,4, когнитивное функционирование — 83,3, социальное функционирование — 56,9, слабость — 32,3, боль — 37,5, общее качество жизни — 56,6. При сравнении различий данных шкал нашей подгруппы паци-

ентов с данными пациентов с немелкоклеточным раком легкого, представленных EORTIC группой достоверно ниже была шкала социального функционирования ($t=1,99$, $p<0,05$), по остальным шкалам достоверных различий не выявлено (EORTC QLQ-C30, 2008).

Обнаружена зависимость между стадией рака легкого и шкалой ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием пациента опросника SF-36 ($H=9,6$, $p=0,02$).

Закономерно выше была частота всех осложнений у пациентов с ХОБЛ ($X^2=4,05$, $p<0,05$). Обнаружена связь осложнений с проведенной лучевой терапией ($X^2=4,05$, $p<0,05$) и качеством жизни ($X^2 = 4,05$, $p = 0,04$) опросника EORTIC QLQ-C30. Ранее связь шкалы общего качества жизни опросника EORTC QLQ-C30 и выживаемости пациентов с немелкоклеточным раком легкого на фоне химиотерапии и лучевой терапии показали N. Nicolaou и соавт. (2007). В группе со смертельными осложнениями достоверно хуже были форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) (Z adjusted=2,13, $p=0,03$) и GH (Z adjusted=2,06, $p=0,04$).

По продолжительности заболевания пациенты были разделены на 2 группы: с длительностью клиники рака легкого до 4 месяцев и свыше 4 месяцев. У пациентов с ХОБЛ срок обращения за медицинской помощью с моментов появления симптомов рака легкого превышал 4 месяца ($X^2=8,4$, $p<0,01$). В группе с продолжительностью заболевания свыше 4 месяцев достоверно хуже были показатели шкал физического и ролевого функционирования, и общего физического здоровья опросника SF-36 (Z adjusted=2,3, $p=0,02$; Z adjusted=2,38, $p=0,02$; Z adjusted=2,19, $p=0,03$, соответственно), возраст пациентов был на 6 лет младше ($Z=2,08$, $p=0,04$), показатели объема форсированного выдоха за 1 сек. ниже в среднем на 23% от должных ($Z=-2,08$, $p=0,04$), а также больше стаж курения ($Z=-2,08$, $p=0,04$). Обнаружена корреляция продолжительности заболевания с ОФВ1 ($p<0,05$, $r=-0,58$), психическим здоровьем опросника SF-36 ($r=0,6$, $p<0,05$) и 6-минутным тестом ($r=0,75$, $p<0,05$). Относительно короткая продолжительность заболевания (4 месяца в среднем) свидетельствует о том, что заболевание оказало незначительное влияние на показатели тревоги и депрессии шкалы Цунга, но оказало влияние на психическое здоровье опросника SF-36.

Показана линейная связь опросника LC-13 со следующими показателями шкалы SF-36: физическое функционирование ($r=-0,96$, $p<0,05$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($r=-0,69$, $p<0,05$) и общее физическое здоровье ($r=-0,74$, $p<0,05$), что свидетельствует преимущественно об оценке физического функционирования в опроснике LC-13. Субъективная оценка качества жизни пациентом в опроснике EORTIC-30 (вопросы о том, как оценивают пациенты в целом состояние своего здоровья и качества жизни) коррелировала с общим физическим здоровьем ($r=0,63$, $p<0,05$), уровнем боли ($r=0,71$, $p<0,05$) и социальным функционированием ($r=0,67$, $p<0,05$), что свидетельствует о восприятии качества жизни и здоровья пациентом в

большей степени как уровня физического функционирования и его функционирования как социума.

Заключение.

1. Показатели шкал общего здоровья, социального функционирования и психического здоровья опросника SF-36 у мужчин с немелкоклеточным раком легкого были ниже по сравнению с популяцией мужчин данного возраста США и Канады, а различия с российской популяцией были только по шкале боли (при раке легкого выше).
2. Уровень социального функционирования пациентов с немелкоклеточным раком легкого оказался достоверно ниже пациентов с этим же заболеванием согласно данным группы EORTIC.
3. Чувствительными предикторами послеоперационных осложнений оказались ХОБЛ, ФЖЕЛ, проведенная лучевая терапия и качество жизни опросника EORTIC QLQ-C30.
4. В группе со смертельными осложнениями достоверно хуже были ФЖЕЛ.
5. При раке легкого со средней продолжительностью заболевания 4 месяца уровень тревоги и депрессии оказался невысоким.

Волеь Б.А. Ипохондрические развития в общемедицинской сети

Первый Московский Медицинский Университет им И.М.Сеченова, Москва

Цель исследования. Изучить типологию ипохондрических расстройств, формирующихся в условиях хронических соматических заболеваний.

Материалы и методы. Клинико-катамнестическим и патопсихологическим методами обследовано 142 пациента (82 мужчин и 60 женщин, средний возраст — 49,7±7,8 лет; 35 — больных кожными, 68 — с сердечно-сосудистыми и 39 онкологическими заболеваниями) с ипохондрическими развитиями (ИР), наблюдавшихся на базе Межклинического психосоматического отделения (заведующий — акад. РАМН, проф. Смулевич А.Б.) при клинике кардиологии (директор — профессор, д.м.н. Сыркин А.Л.), клиники факультетской терапии им. В.Н. Виноградова (директор — проф., д.м.н. Сулимов В.А.), клиники кожных болезней (директор — проф., д.м.н. Иванов О.Л.) Первого Московского Медицинского Университета им И.М.Сеченова, Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН (директор — академик РАН и РАМН, проф., д.м.н. Давыдов М.А.), Гематологического научного центра РАМН (директор — академик РАН и РАМН, проф. д.м.н., Воробьев А.И.).

Результаты. Выделены 7 вариантов ИР (паранойяльное, по типу аберрантной, сверхценной, маскированной, невротической ипохондрии, «новой жизни», ипохондрической дистимии), типологическая структура и адаптационные репертуары которых определяются воздействием (совместным — реципрокные соотношения либо избирательным) патогенетически различных — в первую очередь соматогенных, конституциональных и аутохтонных — преципитирующих факторов. Формирование развитий по типу паранойяльной

(изобретение неконвенциональных способов избавления от недуга; сутяжничество с рентными, эквитными установками), сверхценной и аберрантной ипохондрии сопряжено в целом с высокой активностью психологических защитных механизмов (с преобладанием гиперкомпенсации), определяется конституциональными факторами (паранойальное расстройство личности, явления соматотонии и сегментарной деперсонализации) — при ограничении соматогенных триггерными воздействиями. Формирование гетерогенных по клиническим проявлениям и адаптационным репертуарам — невротической (преобладание незрелых механизмов вытеснения, регрессии) и маскированной (совладание с болезнью с сохранением активного образа жизни; конструктивные психологические защиты — интеллектуализация, компенсация) ипохондрии соучаствуют как различные конституциональные (невротическая ипохондрия/ соматопатия; маскированная ипохондрия/проприоцептивный диатез — в рамках ананкастного, истерического, шизоидного расстройства личности), так и общие для обоих типов развитий соматогенные (относительно благоприятная, медленно прогрессирующая патология) преципитирующие факторы. Развитие по типу «новой жизни» (ипохондрическая система проективного контроля соматического состояния, элиминирующая, в субъективном восприятии, возможность рецидива соматической катастрофы и прогрессирования болезни) манифестирует в условиях остро психосоматического стресса по механизму аутохтонного сдвига (высокая активность психологического защитного механизма регрессии), сопровождающегося «надломом» жизненной кривой и формированием нажитого ипохондрического расстройства личности. Развитие по типу ипохондрической дистимии (гипотимия с чувством безнадежности, пессимистической оценкой перспектив лечения, сосуществующая со стойкой фиксацией на нарушениях функций организма, астеническими и инсомническими расстройствами) формируется при общей низкой активности защитных механизмов в условиях тяжелой, прогрессирующей (в противоположность невротической и маскированной ипохондрии) патологии и полностью определяется соматогенным фактором. Дифференциация ипохондрических состояний выявляет предпочтительность отдельных типов развитий для определенных видов соматических заболеваний: при дерматозах (с малопрогрессирующим течением) — развития относительно благоприятного типа — маскированная ипохондрия; при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях (с прогрессирующим ухудшением состояния — сердечная недостаточность, метастазирование опухоли) — более тяжелые развития — невротическая ипохондрия, ипохондрическая дистимия; при явлениях психосоматического стресса (сопряженные с риском для жизни хирургические вмешательства, острая манифестация/экзацербация соматического заболевания) — развитие по типу «новой жизни».

Галева К.В., Куприянова И.Е., Глушко Т.В., Семке Г.В., Попов С.В., Курлов И.О. Влияние внутрисемейных отношений на качество жизни пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Изучение проблем семьи и брачных отношений является одной из важных задач современной психиатрии. В.А.Виноградов (1999) рассматривает семью с точки зрения взаимоотношений ее членов, связанных с общностью быта, взаимной моральной ответственностью, психологической поддержкой.

Среди тенденций отрицательно влияющих на психологическое состояние пациентов, особое место принадлежит конфликтным семейным отношениям. В большинстве случаев семейные конфликты означают ухудшение материальных и жилищных условий ее членов, снижение их активности и трудоспособности. Страдают и эмоциональные взаимоотношения между членами семьи, которые часто принимают напряженный, неровный характер, что способствует возникновению невротических состояний и нарушений в поведении. В ситуации семейного конфликта отмечаются такие патохарактерологические реакции, как вспышки гнева, раздражительность, повышенная ранимость, чувства отчуждения, соматовегетативные расстройства, расстройства вины и беспокойства.

Для оценки влияния семейных отношений на качество жизни пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями нами обследовались 40 пациентов поступивших на лечение в Томский НИИ Кардиологии. Возрастной диапазон группы составил от 31 до 70 лет. Полученные результаты показали, что основная масса больных проживают вместе с супругами или детьми. Женщины при этом чаще испытывали беспокойство о детях, мелких семейных неурядицах, о здоровье других членов семьи, чаще несли ответственность по уходу за родственником-инвалидом. Круг их интересов был направлен в область семьи, они меньше тревожились о материальном достатке, чаще оставляли работу для ухода за большими родственниками, однако были более чувствительны к мелким семейным конфликтам. Тогда как мужчины больше занимались профессиональной деятельностью, беспокоились о материальном благополучии и состоянии своего здоровья, которое рассматривали в основном с позиции своей возможности продолжать профессиональную деятельность. Тревогу и стресс у них вызвали перспективы профпригодности, сохранения занимаемой должности. Таким образом, возникновение соматического заболевания может обострять сложные обстоятельства семейной жизни и приводить к деструктивной коммуникации внутри семьи.

Иванов С.В. Применение психотропных средств в общей медицине

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Психофармакотерапия психосоматических расстройств предусматривает применение всех основных классов психотропных средств, включая анксиолитики/гипнотики, антидепрессанты, антипсихотики и др. Основным принципом выбора средств психофармакотерапии для лечения психических расстройств в общей медицине является баланс пользы и риска с учетом особенностей соматической патологии и повышенной вероятности неблагоприятных лекарственных взаимодействий в условиях полифармакотерапии.

Наиболее предпочтительными являются препараты новых поколений, обладающие достаточным уровнем эффективности и спектром терапевтической активности при относительно благоприятных показателях переносимости и безопасности. В то же время сохраняющиеся даже у препаратов последних поколений побочные эффекты, в том числе и со стороны внутренних органов и систем диктуют необходимость тщательного анализа фармакологических характеристик каждого отдельного психотропного средства у каждого пациента с учетом индивидуальных особенностей и текущей клинической ситуации.

Казенных В.В., Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П. Особенности функционирования терапевтической службы в условиях психиатрического стационара

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Организация лечебно-диагностического процесса в психиатрическом стационаре является очень трудоемкой и требует хорошо налаженной работы многих структурных ее подразделений. Одним из важных звеньев этого процесса является организация терапевтической службы. Следует отметить, что круг обязанностей врача-терапевта психиатрического стационара настолько велик и многообразен, что ограничить его только рамками консультативного осмотра психически больного или курирования больных с сопутствующими соматическими заболеваниями не представляется возможным. Клиническое обследование психически больного нельзя представить без подробного общесоматического обследования. Углубленное соматическое обследование психически больных весьма принципиально, поскольку состояние соматической сферы имеет большое значение при всех без исключения психических заболеваниях: при одних — этиологическое, при других — провоцирующее, при третьих — участвует в структуре болезни, оказывая существенное влияние на его течение и исход. Организованная терапевтическая служба в психиатрическом стационаре имеет значение не только для своевременной и правильной диагностики и лечения сопутствующих соматических, но и основных психических заболеваний, а также для систематического уменьшения летальности, профилактики острых инфекционных заболеваний и осложнений, которые нередко возникают при применении новых психотропных препаратов.

Цель. Систематизировать основные соматические заболевания, коморбидные с психическими расстройствами у пациентов, находящихся на стационарном лечении в клинике НИИПЗ СО РАМН, с разработкой индивидуальных реабилитационных программ.

Методы исследования. Клинический, клинико-катамнестический, статистический.

Результаты. За период 2007-2009 гг. на базе клиники НИИПЗ СО РАМН были осмотрены 3622 человека. Структура соматической патологии у обследованных больных включала ряд наиболее социально значимых заболеваний: выявлено преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы (57,0%), у

14,8% пациентов диагностированы заболевания гепатобилиарной системы, у 14,0% желудочно-кишечного тракта, церебральным атеросклерозом страдали 10,7% пациентов, заболеваниями мочеполовой системы 9,7% и 7,3% эндокринными расстройствами. Высокая распространенность заболеваний внутренних органов среди пациентов специализированного психиатрического стационара, на наш взгляд, отражает общемедицинскую проблему своевременного распознавания сочетанной соматической и психической патологии. Нами выявлены четкие взаимосвязи между психическим состоянием и выраженностью соматической патологии, подтвержденные дополнительными методами обследования. Комплексные программы реабилитации, включающие помимо базисного курса психотропной терапии, коррекцию соматического статуса в зависимости от нозологической формы заболевания, а также психокоррекционные мероприятия, позволяют получить хороший терапевтический эффект, следствием чего является улучшение социального функционирования и качества жизни пациентов в целом.

Заключение. Сочетание расстройств психической и соматической сферы обуславливает особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей терапевтов, осуществляемое на базе психиатрического стационара. Индивидуальные комплексные программы реабилитации, включающие коррекцию соматического статуса пациентов, позволяют добиться высокой клинической эффективности проводимых терапевтических мероприятий.

Карауш И.С., Куприянова И.Е. Некоторые аспекты психического здоровья детей с нарушением слуха

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Адекватное развитие и социализация детей с ограниченными возможностями здоровья невозможны без своевременного выявления и коррекции нарушений психического здоровья.

Цель. Изучение психического здоровья детей с нарушением слуха.

Материалы и методы. Учащиеся Томской специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната. Обследовано 45 детей в возрасте от 10 до 18 лет, из них 37 слабослышащие (сенсоневральная тугоухость II-IV ст.) и 8 глухие (сенсоневральная глухота). Все дети имеют инвалидность по основному заболеванию. Методы исследования включали: клинический, нейропсихологический, шкала тревожности СМАС, рисуночные тесты («Кинетический рисунок семьи», «Дом, дерево, человек»).

Результаты. Умственная отсталость диагностирована у 10 детей (F70, F78, F79), нарушения психологического развития у 28 (F83, F81.3), нарушение активности и внимания (F90) у двух, остальные (5 человек) с нормой интеллектуального развития. 41 ребенок (91%) имеет расстройства речевого развития F80.8, обусловленные основным заболеванием (H 90). Характерна отягощенность раннего анамнеза (недоношенность, сочетанные инфекционно-

травматически-гипоксические поражения ЦНС, внутричерепные кровоизлияния), наличие сочетанной неврологической и соматической патологии. Биологическое неблагополучие ребенка, являясь предпосылкой нарушения его взаимодействия с окружающим миром, обуславливает отклонения в его психическом развитии.

Детям, имеющим нарушения речи, особенно сочетающиеся с задержкой психического развития, трудно охарактеризовать и вербально отразить свои чувства. Они не предъявляют жалоб на состояние здоровья, страхи, тревогу. Опросник на выявление тревожности (Лаврентьева Г. П., Титаренко Т. М.), заполняемый родителями, выявляет лишь отдельные признаки тревоги. Однако рисуночные тесты свидетельствуют об имеющихся признаках тревоги, усиленных защитных установках, отчуждении и отсутствии теплоты между членами семьи. Родители не всегда фиксируют внимание на изменении в поведении, настроении и появившихся академических затруднениях, а признаки тревоги, астении либо не замечают, либо относят за счёт неврологической или соматической патологии. В обществе до сих пор существует определённая стигматизация психических заболеваний, и часть родителей категорически отказывается обращаться к психиатру. Для детей из изучаемой группы типично погружение в собственный закрытый мир, где ребенок разрешает свои неразрешимые конфликты, находит удовлетворение неудовлетворенным потребностям в фантазиях, не найдя другого способа борьбы с тревогой.

Заключение. После курса терапии (психотерапия или психотерапия в сочетании с препаратом «Тенотен детский») у детей улучшились внимание, настроение, успеваемость. В комплексном медико-психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями слуха важная роль должна отводиться врачу-психиатру (психотерапевту) для выявления и коррекции ранних признаков нервно-психических расстройств.

Клинов С.Н., Ясникова Е.Е. Опыт применения мексидола у больных с сочетанной неврологической и психической патологией в условиях скорой медицинской помощи

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск; МУЗ ГССМП, Иркутск.

Мексидол — препарат из группы антиоксидантных средств, оказывает антигипоксическое, ноотропное, противосудорожное, мембранопротекторное, ангиолитическое действие.

Целью исследования явился анализ эффективности применения раствора мексидола в практике скорой медицинской помощи у больных психоневрологического профиля.

Материалы и методы. Было проанализировано 3920 карт вызовов городской станции скорой медицинской помощи г. Иркутска (форма № 110/у) за период с 01.01.08 г. по 31.12.08 г. со случаями использования раствора мексидола

на догоспитальном этапе в составе комплексной терапии. Применялись клинический, патопсихологический, статистический методы.

Результаты. С сочетанной неврологической и психической патологией мексидол назначался у 1643 больных: ОНМК — 751 случаев, декомпенсация энцефалопатии в результате атеросклероза сосудов головного мозга — 270, преходящая церебральная ишемическая атака — 269, ЧМТ — 90, алкогольный абстинентный синдром (ААС) — 83, комы различной этиологии — 49, отравления медикаментами и наркотическими средствами — 14 вызовов, единичные случаи соматоформной вегетативной дисфункции, токсической энцефалопатии и деменции. В 82% применения раствора мексидола отмечалась положительная динамика состояния пациентов по сравнению с лицами, не получавшими препарат в составе комплексного лечения. Наибольший эффект имелся у больных с преходящими церебральными ишемическими атаками, что проявлялось в уменьшении выраженности дизартрии, тремора конечностей, скованности, гипомимии и гипокинезии, улучшении двигательных функций. При атеросклерозе сосудов головного мозга положительный эффект заключался в улучшении внимания, способности к концентрации и счету, уменьшении жалоб на головные боли ноющего характера, сочетающейся с ощущением заложенности ушей, уменьшается шум в голове. Под влиянием введения раствора мексидола наблюдался регресс симптоматики у больных с жалобами на мелькание мушек, появление «сетки», тумана перед глазами. Клинический эффект был более выражен при использовании дозировки от 10 мл и более стандартного раствора препарата внутривенно. Мексидол заметно улучшал субъективное состояние больных с вегетативной дисфункцией, уменьшая тревогу, переживание страха смерти, головные боли, эмоциональную лабильность, сердцебиение и другие признаки вазомоторной нестабильности, психомоторное возбуждение. Мексидол является эффективным средством для быстрого купирования вегетативных, психических и неврологических симптомов ААС: сразу после внутривенного введения 5 мл препарата у больных отмечается чувство просветления, ясности в голове, исчезают головные боли, улучшается концентрация внимания, уменьшается тревога, безотчетный страх, внутренняя напряженность, тремор и мышечное напряжение.

Заключение. Мексидол — препарат с широкими показаниями к применению, показал безопасность и большую терапевтическую широту в условиях скорой медицинской помощи. Эффективен на догоспитальном этапе оказания помощи больным с неврологической и психической патологией.

Куприянова И.Е. Психологические характеристики пациентов с онкологическими заболеваниями

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Существует давнее мнение, подтверждённое достаточно большим количеством исследований, что онкологические больные характеризуются сходным профилем личности (Кошуг Н.Г., 1990; Завизион Ф.В., 1996; LeSchan L.L.,

1977; Bernal M.P., 1995; De Florio M.X., Massik M.J., 1995; Harpharm W.S., 1995; Pelcovitz D. et al., 1995; Nezelof S. et al., 1996; Schraub S. et al., 1996).

Онкологические заболевания процветают в тех культурах, где развиты перфекционистские стремления к достижениям высокого уровня, жизни по самым высоким стандартам

Гален связывал рак с меланхолией, Ф.И. Иноземцев (1845) считал его следствием раздраженного состояния нервной системы, Пирогов Н.И. (1854) — результатом душевного угнетения.

Многочисленные исследования позволяют составить приблизительный портрет женщины, страдающей этим заболеванием. Она часто отдаёт всю себя окружающим, но не может или не позволяет себе брать ничего взамен. Покупает любимые лакомства для всей семьи, но если спросить, что любит она сама, она, скорее всего, затруднится с ответом (Ли Д.Р., Хэйли Д., Хопкинс В., 2000). Чрезмерно затянувшаяся самоотдача, когда потомство уже не нуждается в таком количестве заботы и опеки, полный отказ женщины от себя нарушает естественное биологическое равновесие. Мишенью, «слабым местом» оказывается в этом случае грудь как орган, отвечающий за вскармливание. Опухолевые заболевания молочной железы являются результатом неосознанного отказа от женственности, сексуальности (Alexander F., 1998). На основании большого количества эмпирических исследований Н.И. Непомнящая (1998) делает вывод о том, что людям, склонным к онкологическим заболеваниям, присуща совокупность определенных особенностей психики личности, которая обозначается как инфантильность, и проявляется в специфике позиции («позиция ребенка»). В ответ на стрессовую ситуацию происходит углубление, обострение инфантильных черт, свойственных данным людям.

В результате обследования женщин, страдающих раком молочной железы, определена структура нервно-психических расстройств. Расстройства невротического уровня (64,7% — 66 чел) достоверно преобладали над донозологическими расстройствами (35,3% — 36 чел) и расстройствами личности (19,6% — 20 чел) ($p < 0,05$). Из невротических расстройств чаще диагностировалась смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22 (44,12%), реже встречались неврастения F48.0 (7,84%), кратковременная депрессивная реакция F43.20 (5,88%), смешанное диссоциативное расстройство F44.7 (4,9%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2 (1,96%). Пациентки с пограничными невротическими расстройствами на момент обследования предъявляли жалобы на чувство неуверенности, постоянную тревогу, страх умереть, недовольство своим здоровьем, сужение круга интересов, нежелание устанавливать социальные взаимоотношения. Отмечались астенические проявления, вспышки агрессии, раздражительность, обидчивость, перепады настроения, нарушения семейных и сексуальных отношений.

Донозологические расстройства встречались в качестве астенического варианта с преобладанием психической утомляемости (20,59%) и дистимического варианта (14,71%). У этих пациенток встречались все симптомы невротического круга, но они не достигали степени выраженности, достаточной для постановки

диагноза. Состояние в ряде случаев характеризовалось как ПАС (психоадаптационные состояния) или ПДАС (психодезадаптационные состояния). Часто отмечались реакции по типу моносимптома. Пациентки предъявляли жалобы на постоянное чувство усталости, разбитость, трудности засыпания, периоды сниженного настроения, вспышки тоскливо-злобного настроения, трудности сосредоточения внимания, чувство тревоги, беспокойство, приступы жара или потливости, одышки, сопровождавшиеся тревогой.

Расстройства личности характеризовались истерическими F60.4 (13,72%), тревожными F60.6 (3,92%) и эпилептоидными F60.5 (1,96%) проявлениями, отличающиеся тотальностью, стойкостью, выраженностью психопатических черт личности и недостаточной адаптивностью в социальных ситуациях.

В формировании и развитии пограничных нервно-психических расстройств у женщин, страдающих раком молочной железы, важное значение имели конституционально-биологические (наследственная отягощённость по онкологическому заболеванию (63,03%) и алкогольной зависимости (13,72%)), социальные (раннее начало самостоятельной жизни (65,69%), относительно низкое материальное положение при высоком социальном статусе (30,38%) и психогенные воздействия (психические травмы в детском возрасте (27,45%), проблемы внутри семьи (41,18%), конфликты на работе (14,7%)).

Причиной развития онкологического заболевания, большинство женщин считали «обстановку в семье» (41,18%) и «конфликты на работе» (14,7%). Женщины в 19,6% случаев полагали, что данное заболевание могли спровоцировать травмы груди. В 9,8% случаев причиной считали фоновую патологию в молочной железе, в 8,83% — гормональные нарушения, в 4,9% — возраст, в 3,92% «слабость» иммунной системы. В 22,55% случаев женщины не могли ответить на этот вопрос. В 75,5% женщины утверждали, что за 1,5 — 2 года до обнаружения опухолевого образования в молочной железе в их жизни были психотравмирующие ситуации.

Ведущий психопатологический синдром у женщин, страдающих раком молочной железы, в 45,1% был тревожно-депрессивный, в 22,54% — тревожно-ипохондрический, в 16,7% — дисфорический, в 7,85% — деперсонализационно-дереализационный, 6,86% — астеноипохондрический, 0,98% — апатический.

По преморбидным особенностям исследуемые распределились следующим образом: группа «синтонных» — 34%; группа «истероидных» — 22%; группа «тревожно-мнительных» — 21%; группа «циклоидов» — 11%; группа «возбудимых» — 10% группа «шизоидных» — 2%.

Уровень тревоги по «шкале тревоги Гамильтона», выявил, что только у 15 человек (14,71%) тревога не достигла клинического уровня (т.е. суммарный балл по опроснику составил менее 8), у 37 человек (36,27%) был лёгкий уровень тревоги (8 — 16 баллов), у 34 человек (33,33%) — умеренный (17 — 24 балла) и у 16 человек (15,69%) — высокий уровень тревоги (более 24 баллов). Причём тревога преимущественно имеет психический и нейровегетативный характер. Среди клинических симптомов на I стадии преобладали бессонница, вегетативные и нейровегетативные симптомы тревоги, на II стадии — собственно тревога,

напряжение, страх, сниженное настроение, соматические симптомы, на III стадии — снижение когнитивных функций. Ещё одна черта онкологических больных состоит в том, что уже до заболевания они были подвержены чувствам безнадёжности и беспомощности. Н.Н. Eysenck (1989) в работе «Рак, личность, белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадёжность. Тревога является ответом на угрозу, онкологическое заболевание является угрозой, поэтому у многих онкологических больных выявляется тревога. В исследовании Stark D., Kiely M., Smith A. (2002) у 77% из 913 пациентов в течение 2 лет лечения выявлялась тревога.

Результаты, полученные с помощью методики «индекс жизненного стиля», достоверно показали отклонение от нормативных данных по шкалам «отрицание» и «реактивное образование». Шкала дисфункциональности выявила высокие требования женщин к себе, зависимость самооценки от мнения окружающих.

Исследование психологических защит у женщин, страдающих раком молочной железы, выявило напряженность всех механизмов в группе больных с III стадией рака ($p < 0,05$). В группе пациентов с I стадией заболевания отмечалось достоверное снижение «компенсации» по сравнению с двумя другими группами. В группе со II стадией достоверно выше напряженность «реактивного образования». Для больных с III стадией рака характерно достоверно более высокое напряжение психологических защит «отрицание» и «компенсация». Клинические аспекты отрицания изучены ещё не достаточно. В психодинамической психиатрии этот феномен рассматривается как механизм психологической защиты (искажённое восприятие реальности и защита своих внутренних структур от чувства тревоги, гнева, вины и других неприятных феноменов).

Для данной группы пациентов были разработаны психокоррекционные мероприятия, позволяющие оптимизировать основное лечение: формирование эмоционального ресурса, собственной значимости, социализация пациенток, гармонизация межличностных взаимоотношений, забота общества, повышение собственной ответственности за свое здоровье, собственная стратегия работы с болезнью, предписанное лечение, питание, физические упражнения.

Для оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1980), отражающая степень достигнутого лечебного эффекта по трём параметрам: клинической динамике психопатологических проявлений; уровню социальной адаптации и данных экспериментально-психологических исследований. Полное выздоровление (ремиссия «А») достигнуто у 29 женщин, страдающих раком молочной железы (28,43%), клиническое улучшение (ремиссия «В») у 48 пациенток (47,06%), неполное выздоровление (ремиссия «С») — у 22 женщин (21,56%) и у 3 человек (2,95%) после лечения определялось незначительное улучшение (ремиссия «Д»).

Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Кривошекова Г.В., Байструкова Н.В. Нозологическая структура психических расстройств у женщин с пролиферативной патологией репродуктивной системы

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность. Критические показатели рождаемости в Российской Федерации детерминируют пристальное внимание к репродуктивному здоровью женщин. В сложившейся ситуации одним из приоритетных направлений деятельности Российского здравоохранения становится повышение его уровня путем разработки и усовершенствования профилактических и терапевтических стратегий в лечении гинекологических заболеваний.

Материалы и методы. Было проведено клиничко-психопатологическое обследование 200 женщин (в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст составил $29,6 \pm 3,8$ лет) с пролиферативными заболеваниями репродуктивной системы. Распределение гинекологической патологии было следующим: D 25 лейомиома матки — 110 (55%); N 80 эндометриоз — 90 (45%).

Результаты. Анализ уровня психического здоровья у обследованных женщин позволил выделить большой процент (73%) коморбидной пограничной психической патологии. У данных пациенток в клинической структуре психических нарушений доминировали симптомы невротического регистра. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 выявленные психические расстройства включали четыре кластера: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-48) выявлены у 51% обследованных женщин; аффективные, преимущественно депрессивного спектра (F32-34.1) — у 35%; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-61) — у 8% и поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-52) — у 6%.

Заключение. Высокая распространенность психических расстройств при пролиферативной патологии оказывает негативное влияние на течение и прогноз болезни и социальную адаптацию женщин, а также детерминирует необходимость разработки патогенетической терапии, основанной на принципе дифференцированности, комплексности и поэтапности терапевтических воздействий с учетом клинической феноменологии и динамики психопатологических расстройств и гинекологических заболеваний. Наиболее приемлемой организационной формой реабилитационных мероприятий, на наш взгляд, является модель «взаимодействия-прикрепления», когда психиатр (исполняющий функции консультанта) осуществляет прием и лечение женщин с патологией репродуктивной системы с коморбидными психическими расстройствами, обсуждает и вырабатывает с врачом-гинекологом единую тактику лечения данных нарушений. Представленная технология должна использоваться при организации психиатрических и психотерапевтических кабинетов, работающих в структуре гинекологических стационаров и женских консультаций, что будет

создавать благоприятные условия для своевременной диагностики и лечения психических расстройств.

Исследование выполнено в рамках Гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых (№ гранта МК-3743.2008.7)

Потапкина Е.В., Коломиец С.А. Структура нервно-психических расстройств, сопутствующих онкологическим заболеваниям у пациентов Областного Онкологического Диспансера г. Томска

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Цель исследования. Данное исследование направлено на уточнение распространенности психических нарушений, актуализирующихся при разных формах и стадиях течения онкологических заболеваний и на оценку потребности онкологических пациентов в психофармакологической и психотерапевтической коррекции психических расстройств.

Объектом исследования явились пациенты областного онкологического диспансера города Томска (главный врач — к.м.н. Коломиец С.А.), страдающих онкологическими заболеваниями.

Количество обследованных составило 135 человек. Из них 120 женщин (89%) и 15 мужчин (11%). Возраст обследованных — от 20 до 80 лет. 19-20 лет — 2 пациента (1,5%), от 20 до 55 лет — 78 пациентов (58%), от 56 до 60 лет — 16 пациентов (12%), от 60 до 70 лет — 21 пациент (15,5%), старше 70 лет — 18 пациентов (13%). Обследовались пациенты по направлению врачей онкологов и обращающихся самостоятельно за психологической и психотерапевтической помощью.

103 больных (76%) обратились к психотерапевту, с диагнозом ракового заболевания, остальные 32 пациента (24%) находились под наблюдением онкологов по поводу доброкачественных новообразований или находились на стадии обследования.

Результаты. Распределение больных по диагнозу онкологического заболевания было представлено: рак молочной железы 56 случаев (54,3%), рак тела и шейки матки — 18 (17,4%), рак простаты — 9 (8,7%), рак кишечника — 6 (5,8%), рак мочевого пузыря и почек — 4 (3,8%), рак легких и бронхов 5 (4,8%), рак щитовидной железы — 3 (2,9%), рак яичников 2 (1,9%).

Наибольшее число наблюдений составили больные со 2 и 3 стадией заболевания.

Обследование онкологических больных позволило выявить у них нервно-психические расстройства различного уровня: тревожно-депрессивный синдром — 68 наблюдений (50,4%), депрессивный синдром — 30 наблюдений (22,2%), органический — 15 наблюдений (11,9%), депрессивно-ипохондрический — 12 (8,9%), дисфорический — 8 (5,9%), астенический — 4 (2,9%).

В качестве методов исследования использовались: клинко-психопатологический, клинко-динамический.

При постановке диагноза использовались следующие диагностические категории: для невротических расстройств (F41-48) и для аффективных расстройств настроения (F3), органических расстройств (F06-07). Классификация психиатрического диагноза проводилась в соответствии с МКБ -10.

У обследованных пациентов с устойчивым психическим здоровьем использованы образовательные программы и психокоррекция, в группе риска — образовательная программа, психокоррекции и психотерапия.

Для ряда пациентов, помимо вышеперечисленных методов, возникает необходимость психофармакотерапии нервно-психических расстройств. Для снятия симптомов тревоги назначались транквилизаторы (альзолам до 1 мг в сутки, атаракс до 50 мг в сутки). Для коррекции аффективных расстройств использовались антидепрессанты (флуоксетин 20 мг, феварин 100-200 г, велаксин 75-150 мг, леривон 30-60 мг). При органическом синдроме и астенических проявлениях применялись ноотропные препараты, ангиопротекторы, вегетостабилизирующие средства. Как корректор поведения и стабилизатор настроения применялся финлепсин 150-300 мг).

Заключение. Эффективность проведенных дифференцированных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий способствуют лучшей психологической и социальной адаптации, что способствует повышению качества жизни пациентов, страдающих раком.

Таким образом, всё это свидетельствует об актуальности разработки эффективных методов лекарственной и психотерапии психических расстройств у больных с онкологическими заболеваниями, с учетом всего спектра индивидуальных особенностей каждого пациента. Это позволяет повысить срок выживаемости и улучшить качество жизни онкологических пациентов.

Пшеничных И.В., Абзалеев В.А., Садурская О.С. Пусковые механизмы пароксизмальных состояний неэпилептического генеза

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Пароксизмальные расстройства встречаются в клинической практике многих специалистов, вызывая необходимость дифференциальной диагностики с пароксизмами эпилептической природы. Заслуживает внимания рассмотрение конверсионных, диссоциативных расстройств, панических атак, где так же не исключается роль церебральных патофизиологических механизмов их формирования, развития и течения.

Для изучения дифференциальных признаков и критериев пароксизмальных состояний исследовалось 48 больных из общего числа (3270), обратившихся в Эпилептологический центр в период 1997-2004 гг. Средний возраст составил 37,3 лет. Большинство составляли женщины — 89,6%, мужчин — 10,4%. Наиболее распространенными клиническими проявлениями пароксизмальных расстройств у исследованной группы больных были полисистемные вегетативные симптомы.

Динамические наблюдения показали, что наиболее ярко вегетативные проявления были представлены у больных с паническими атаками и конверсионными расстройствами. На передний план выступали такие явления как приливы жара, холода, сердцебиение, чувство озноба, дрожания в теле, пульсации в голове, потливости, удушья, урчания в животе. Эти явления сочетались с психосенсорными симптомами в форме ощущения онемения в конечностях, потемнения в глазах, чувством «отключения», провала и нарастающим страхом смерти. В группе больных тревожно-депрессивными состояниями с коморбидным диссоциативным расстройством, приступообразные состояния выражались более выраженными психосенсорными феноменами в виде головокружения, потемнения в глазах, нарушением восприятия окружающего, дереализацией, которые сопровождалась нередко тоническим напряжением, спазмом мышц конечностей, лица.

Анализ анамнестических сведений позволил установить наличие пренатальных и перинатальных факторов (37,5%). В 12,5% случаев в анамнезе имелись ЧМТ по типу ушиба или сотрясения головного мозга, 6,3% перенесли клещевой энцефалит. В 47,8% случаев развитию приступов предшествовали психотравмирующие события. Эндокринные нарушения установлены у 45,8% пациентов. При этом ожирение отмечено в 14,6%, дисменорея в 16,7%, гипертрихоз — в 8,4%, увеличение щитовидной железы — в 10,4%, 16,8% пациенток перенесли гинекологические операции, у 12,5% — климактерические нарушения.

При анализе психологического исследования у большинства больных преобладали психастенические черты. Признаки тревожности, порой немотивированной были наиболее характерными для больных с паническим расстройством, реже — с конверсионным. У пациентов с диссоциативным расстройством преобладали эмоциональные расстройства невротического типа, которые в трети случаев сочетались с истероидными.

Исследование биоэлектрической активности обнаруживали изменения в характере организации мозговых ритмов. Установлено, что процессы десинхронизации, отражающие деятельность неспецифических ретикулярных и диэнцефальных структур, доминировали на ЭЭГ при полисистемных вегетативных приступах (конверсионное расстройство, частично — ПА). Синхронизированный тип ЭЭГ наиболее был выражен и характерным при паническом и диссоциативном расстройствах.

Пароксизмальные феномены на ЭЭГ были зарегистрированы в 58,5% наблюдений и имели неспецифический, эпилептоподобный характер. Регистрировались эпизоды приступообразного возбуждения потенциалов, одиночные или групповые экзальтации волн острого, медленного типа. В круг пароксизмальноподобных нарушений на ЭЭГ были включены феномены с характерной дизритмией, эпизодами гиперсинхронизации потенциалов, спонтанного повышения амплитуды, возбуждения их, проявляющими тенденцию к усилению под влиянием гипервентиляции.

Указанные феномены часто и отчетливо регистрировались в записях ЭЭГ синхронизированного типа (71,2%) и реже (12,8%) — на ЭЭГ десинхронизированного типа. Наиболее ярко были выражены у больных с паническим и диссоциативным расстройствами.

Изучение латерализации пароксизмальных феноменов выявило преимущественную их локализацию в отведениях с правого полушария, главным образом в лобно-височных областях. Среди 37,5% случаев определялись акценты пароксизмальных потенциалов — правосторонние очаговые симптомы — в 29,1% (чаще встречались при ПА и конверсионных), и 10,4% — со стороны левого полушария (чаще при диссоциативных расстройствах).

Обсуждение приводимых литературных сведений и результатов проведенного нами клинико-нейрофизиологического исследования позволило высказать о ряде пусковых механизмов пароксизмальных расстройств. В первую очередь отмечено, что реализация симптомов панической атаки происходит при участии мозговых структур и механизмов, ответственных за регуляцию соответствующих функций, а именно образований лимбической и диэнцефальной областей, обеспечивающих бурное вегетативное «крещендо» при панических атаках. При диссоциативных расстройствах выявлены ЭЭГ паттерны гиперреактивности в отведениях с височных структур головного мозга

Полученные данные указывают на то, что, несмотря на отсутствие явной связи пароксизмальных расстройств неэпилептического ряда с эпилептической активностью мозга, в их патогенезе, значение эпилептогенных пусковых механизмов находит все большее подтверждение. Обнаруженные в наших исследованиях пароксизмальные паттерны имеют преимущественное расположение в проекции медио-височных, лимбических образований. Очевидно также, что пусковые механизмы их чаще ассоциируются с правым полушарием. Полученные сведения позволяют более тщательно подходить в подбору терапии и предполагаемому прогнозу течения и динамики.

Рыбалко В. О., Собенников В. С. Психологический портрет лиц, страдающих избыточным весом

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В настоящее время, в условиях происходящих социокультурных трансформаций в современном обществе, связанных с изменением образа жизни, снижением двигательной активности, потреблением высококалорийных продуктов, избыточный вес относится к числу актуальных медицинских и психологических проблем. Решение поставленной проблемы имеет выраженный социальный смысл, связанный с избыточным весом комплекс заболеваний, является основной причиной сокращения продолжительности жизни в развитых странах. Избыточный вес особенно распространен в странах с высоким уровнем жизни, за что его по праву называют «болезнью цивилизации». При этом более 98% лиц, имеющих избыточный вес, страдают так называемым первичным, ожирением, то есть не страдают каким-либо заболеванием, приводящим к уве-

личению массы тела, а систематически переедают. Переедание обусловлено психологическими причинами, которые обычно делят на две группы: экстернальные, т. е. потребление пищи не вследствие чувства физиологического голода, а под действием внешних сигналов (вид, запах пищи, мысли о ней), и эмоциональные — использование пищи для утилизации сильных эмоций — причём как положительных, так и отрицательных.

В связи с этим, **целью** нашего исследования было составление психологического портрета лиц, обратившихся за психологической помощью по поводу избыточной массы тела.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 клиентов (5 мужчин и 55 женщин), проходивших в ноябре 2009 — феврале 2010 года базовый психологический тренинг по программе снижения веса ММПЦ «Доктор Борменталь». В исследовании использовались следующие методики: опросник А. А. Реана, личностный дифференциал, бланк «Цель-Средство-Результат», Торонтская алекситимическая шкала, шкала субъективного ощущения одиночества, голландский опросник пищевого поведения «DEBQ», клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, также анализировалась информация о возрасте, росте и весе респондентов. Все испытуемые дали личное согласие на участие в исследовании. Обработка данных проводилась в программе Статистика 6.0 при помощи критерия Манни-Уитни и коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты. В соответствии с литературными данными, для лиц, страдающих избыточным весом характерны алекситимичность, склонность к депрессивным и тревожным расстройствам, заниженная самооценка, сочетающаяся с высокими жизненными притязаниями и отсутствием социальной дезадаптации. В пищевом поведении главным стимулом для потребления пищи становится, как правило, не чувство физиологического голода, а внешние сигналы (вид, запах пищи, мысли о ней) либо сильно эмоциональное переживание. В отдельных случаях имеется тенденция к самоограничению в объёме потребляемой пищи.

Для оценки степени выраженности избытка массы тела использовался индекс массы тела Кетле (ИМТ), рассчитываемый по формуле: $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2$. Нормальными считаются значения от 20 до 25 $\text{кг}/\text{м}^2$. Средний ИМТ опрошенных составлял 33 $\text{кг}/\text{м}^2$, при этом статистически выявлена положительная корреляционная зависимость между ИМТ и возрастом ($R=0,47$, $p=0,0001$). Алекситимия, считающаяся в психосоматике универсальным признаком любых психосоматических расстройств, в нашем исследовании выявлена в 10% случаев. Ещё в 48% выявлены проявления алекситимичности. При этом не выявлено достоверной связи степени алекситимии с выраженностью избытка массы тела.

Анализ результатов изучения невротических расстройств, сопровождающих большинство заболеваний, показал, что в 41,3% случаев у испытуемых выражена депрессия, в 24% случаев — субдепрессивность, тревога наблюдалась у 34,5% респондентов. Признаки астенизации присутствовали у 24% опрошенных, ещё 24% входили в группу риска развития астенического состояния. У 17% респондентов выражены истерические черты характера, при этом у

38% — субклинически выраженные. В 35% случаев констатируются вегетососудистые невротические расстройства, 21% испытуемых страдали навязчивыми состояниями. При статистическом анализе было выявлено, что уровень тревоги достоверно коррелирует с возрастом ($R=0,41$, $p=0,0012$).

У 62% респондентов выявлена склонность к эмоционально обусловленному перееданию, у 54% — к перееданию под воздействием внешних стимулов, 46% опрошенных имели выраженную склонность к самоограничению объёма потребляемой пищи. При этом эмоционально обусловленное переедание отрицательно коррелировало со склонностью к пищевому самоограничению ($R=-0,41$, $p=0,001$), а ограничительное пищевое поведение обнаруживало положительно корреляционные связи с возрастом ($R=0,3$, $p=0,019$) и тенденцией к снижению ИМТ ($R=-0,33$, $p=0,01$).

Респонденты в 100% случаев оценивали себя как носителей позитивных, социально приемлемых качеств, однако самооценка собственных сил и возможностей является заниженной — среднее значение шкалы «Сила» вдвое меньше среднего значения шкалы «Оценка» (различия достоверны, $p=0,00003$). По результатам опросника А. А. Реана, все опрошенные мотивированны на успех и достижение результата. Признаков социальной дезадаптации, субъективного ощущения одиночества в исследуемой выборке не выявлено.

Заключение. Результаты исследования позволяют констатировать, что, несмотря на удовлетворительный социально-психологический статус лиц, обратившихся по поводу избыточного веса, большинство из них обнаруживают эмоциональные, невротические и личностные нарушения, требующие целенаправленной психологической и психотерапевтической помощи. Многоплановость выявленных расстройств обуславливает необходимость комплексного подхода, направленного на коррекцию невротических расстройств, а также использованию поведенческой терапии для коррекции имеющегося пищевого поведения.

Садурская О.С., Пшеничных И.В. Применение телесно-ориентированной психотерапии при головных болях напряжения

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Головная боль является глобальной проблемой здоровья населения многих стран и представляет собой как медицинскую, так и социальную проблему для общества.

Головные боли — одна из наиболее частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачу.

Эпидемиологические исследования показывают, что более 70% населения развитых стран жалуются на эпизодические или хронические головные боли. Однако и эта цифра не отражает истинного положения вещей, ибо многие пациенты не обращаются к врачам, занимаясь самолечением, либо — не желая обследоваться из-за опасения обнаружить более серьезную патологию. Многие больные, испытывая головные боли, не посещают врачей, а принимают безре-

центурные анальгетики, часто злоупотребляя приемом препаратов. Это приводит к развитию опасных побочных эффектов, таких как: желудочно-кишечные нарушения, поражение печени и почек, аллергии и др.

Головная боль может быть ведущей, а иногда и единственной жалобой более чем при 40 различных заболеваниях: неврозах, депрессивных состояниях, гипертонической болезни, артериальной гипотонии, почечной и эндокринной патологии, заболеваниях нервной системы, ЛОР-органов, глаз и т.д. Однако самыми распространенными формами головной боли являются головная боль напряжения и мигрень.

Головная боль напряжения — самая распространенная форма головной боли, возникающая на психическое перенапряжение, которое является результатом остроого или хронического стресса.

Было обследовано 30 пациентов с жалобами на головные боли напряжения, которые носили ноющий, давящий характер и локализовались в затылочных, височных, лобных областях, реже во всей голове. Средний возраст составил 37,5 лет, из них женщин 78%, мужчин 22%. Соматические жалобы встречались в 67,4% и выражались в снижении зрения, болях в мышцах позвоночника (особенно в шейном отделе), скованности в движениях, повышении артериального давления, сердцебиении. Нозологически пациенты отбирались с аффективными расстройствами (17,4%), невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (82,6%). Диагноз выставлялся на основании тщательно собранного анамнеза, обследований терапевта, невролога, психолога и др. специалистов. Рентгенография, ЭЭГ и РЭГ обычно не обнаруживали нарушений и, таким образом подтверждали наличие головной боли напряжения. Из анамнестических данных у большинства обследованных больных было выявлено, что головные боли напряжения возникали в связи с внешними и/или внутренними трудовыми конфликтами (86,2%). При этом отмечались чрезмерные притязания, ожидания успеха и признания. Высокий уровень притязаний ведет к конфликту с реальными возможностями и страхами, подавлялся агрессивностью и фрустрациями, что выражалось в повышении хронической напряженности. Такие больные находятся в двойственном положении: с одной стороны, стремятся серьезно и активно умственно работать, а с другой — из-за болей не могут этого делать, что сопровождается неосознаваемым символическим отражением подавляемых чувств. В этой связи, использование телесно-ориентированной психотерапии помогает достичь понимания пациентом интегративной связи между физиологическими реакциями, а также его мыслями, эмоциями и представлениями. В ходе лечения, пациент учится лучше чувствовать свое тело, обретает способность к тонкой дифференцировке соматических ощущений и эмоциональных реакций.

Все пациенты с головной болью напряжения были разделены на две равные группы с учетом проводимой терапии. Первая получала общие лечебные мероприятия — медикаментозное лечение, физиотерапевтические процедуры. Вторая, помимо вышеперечисленных процедур, включала в себя телесно-ориентированную психотерапию. Занятия проводились по индивидуальной те-

лесно-ориентированной программе, 3-5 раз в неделю, длительностью по 30-40 минут. Применялись техники центрирования и работы с областью головы «энергетические волосы». После завершения курса телесно-ориентированной терапии проводилось экспериментально-психологическое обследование, по результатам которого уменьшался уровень тревоги, страха, напряжения, депрессии по сравнению с первой группой.

Заключение. После проведенного лечения у пациентов второй группы выявлена большая положительная динамика, свидетельствующая о значительном эффекте телесно-ориентированной психотерапии, уменьшением чувства отверженности, уровня тревожности, депрессивного синдрома, чувства внутреннего напряжения, разочарованности и вины. Полученные положительные сдвиги в психофизическом статусе пациентов почти во всех случаях сопровождались уменьшением гемодинамического индекса за счет снижения артериального давления и уменьшения числа сердечных сокращений, уменьшением адренергической реактивности сосудов и нормализацией гомеостатического индекса.

Вышеизложенное позволяет обосновать необходимость использования телесно — ориентированной психотерапии в комплексе психотерапевтического лечения при головных болях напряжения.

Субботина М.В., Лавренчук В.В., Салагубова К.А., Некрасова О.А., Косьминова К.С. Проявления тревоги и депрессии при тугоухости

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Социальная дезадаптация является основной причиной возникновения психосоматической патологии (Малкина-Пых И.Г., 2004). При наличии дефектов анализаторов и органов чувств, если таковые сопровождаются изменениями психики, следует ожидать сопряженных с ними сдвигов сомато-вегетативного статуса, которые могут иметь приспособительное или инвалидизирующее значение для человека (Сараев С.Я., 1997). При вестибулярных нарушениях, вызванных болезнью Меньера, наблюдались тревожно-депрессивные, агорафобические и панические расстройства, диссомния, коррелирующие с частотой приступов головокружения (Прибытков А.А., Прибыткова Н.В., 2009). Возникшие остро кохлеовестибулярные нарушения сопровождались проявлениями тревоги и депрессии в 83% случаев, текущие хронически — в 62% случаев, с преобладанием тревоги (Пальчун В.Т. и соавт., 2005). При назначении пациентам с кохлеовестибулярными нарушениями, как с острыми, так и с хроническими, психологической и психофармакологической коррекции наблюдалось уменьшение интенсивности субъективного шума, улучшение разборчивости речи. Несмотря на имеющиеся единичные исследования, психосоматическая сфера лиц с тугоухостью остается недостаточно изученной.

Целью нашего исследования было выявление уровня тревоги и депрессии у больных, страдающих тугоухостью. Задачи исследования: определить зависимость возникновения тревоги и депрессии от возраста, пола, степени тугоухости и трудоустройства пациентов.

Методы исследования. Обследовано 36 пациентов сурдологического центра ГУЗ Иркутской Ордена «Знак Почета» областной клинической больницы (возраст от 23 до 81 года, 18 женщин и 18 мужчин). Им проводились: консультация сурдолога, аудиометрия, анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), разработанной А. Zigmond и R. Snaithe в 1983 г. Причинами снижения слуха были: сенсоневральная тугоухость (21 человек), врожденная глухота и немота (4), хронический отит (6), врожденный порок развития уха — одностороннее недоразвитие наружного и среднего уха (1), отосклероз (2), болезнь Меньера (2). Степень тугоухости определяли по аудиограмме.

Результаты. Тревога и депрессия были выявлены у 23 из 36 пациентов с тугоухостью (64%). Тревога наблюдалась у 18 человек, клинически выраженная (более 10 баллов) — у 6. В данной группе мужчин было 8, женщин 10, средний возраст 53 года. Тугоухость I—II степени была у 9 человек, III степени — у 7 человек, глухота — у 2. Работающих было 10, неработающих — 8. Депрессия была выявлена у 18 человек, клинически выраженная — у 8. В данной группе пациентов мужского пола было 8, женского 10, средний возраст 60 лет. Тугоухость I — II степени — у 9 человек, III степени — у 6 человек, глухота у 3. Работающих пациентов было 8, неработающих — 10. Сочетание тревоги и депрессии было у 13 пациентов, средний возраст 56 лет. Тугоухость I—II степени — у 7 человек, III степени — у 4 человек, глухота — у 2. Работающих пациентов — 6, неработающих — 7. Без тревоги и депрессии было 13 человек, средний возраст 38 лет, тугоухость I—II степени была выявлена у 10 человек, III степени — у 2 человек, глухота — у одного. Мужчин было 7, женщин — 6. Все пациенты со снижением слуха, не имеющие психических нарушений, были трудоустроены, кроме одного (с тугоухостью III степени). В группе лиц, имеющих проявления тревоги и депрессии, соотношение пациентов с тугоухостью I - II и III - IV степени было соответственно 11:12, в то время как у тугоухих без психических проблем это соотношение составило 10:3.

Чем моложе были пациенты, тем менее выражены были проявления тревоги и депрессии. При I—II степени тугоухости количество пациентов с проявлениями тревоги и депрессии практически не отличалось от числа психически здоровых. У лиц с III степенью тугоухости достоверно чаще выявлялись тревога и депрессия. При двухсторонней глухоте и немоте число пациентов с психическими нарушениями было в два раза меньше, чем количество психически здоровых, что свидетельствовало об адаптации человека к отсутствию слуха. При односторонней глухоте у пациентов не было выявлено проявлений тревоги и депрессии. Возникновение тревоги и депрессии у лиц со снижением слуха не зависело от пола. Работающие достоверно реже имели проявления тревоги и депрессии.

Заключение. Проявления тревоги и депрессии выявлены у 64% больных со снижением слуха. Их возникновение у лиц с тугоухостью зависит от возраста, степени тугоухости (возрастает с их увеличением), от отсутствия занятости и не зависит от пола. Эти данные следует учитывать при реабилитации пациентов с нарушением слуха.

Тихонова О.В. Эмоциональный компонент внутрисемейных отношений больных язвенной болезнью как фактор дезадаптации

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

При изучении психологических факторов в патогенезе язвенной болезни особое внимание обращает на себя нарушение эмоциональных компонентов межличностных отношений больных. Это выражается в повышенной потребности в эмоциональных связях, с одной стороны, и с другой стороны, в сниженной способности эти эмоциональные связи принимать и поддерживать, в частности, в недостаточности эмпатической способности. Избегая глубоких эмоциональных взаимоотношений, требующих сопереживания и эмпатического чувствования, больные предпочитают как более безопасное общение поверхностное, носящее преимущественно формальный характер. При этом недостаток эмоциональных связей в значительной части случаев компенсируется интенсивной профессиональной деятельностью (Щерба Н.Н., Соловьева С.Л., 1986, 1988).

Анамнестические данные позволяют авторам проследить становление подобных эмоциональных взаимоотношений у больных язвенной болезнью. Общей отличительной особенностью этих отношений у больных язвенной болезнью является наличие в родительской семье первичной эмоциональной депривации т.е. раннего ограничения в эмоциональных связях и недостаточного удовлетворения потребности в привязанности и поддержке. Если это ограничение относится к первым годам жизни ребенка, то, как правило, впоследствии наблюдается раннее возникновение заболевания в молодом, юношеском возрасте, с более тяжелым его течением. Особенная злокачественность течения болезни отмечается в тех случаях, когда родительские семьи характеризуются конфликтностью, напряженностью, алкоголизмом кого-либо из членов, холодностью и недоброжелательностью взаимоотношений. Эмоциональные связи в таких семьях не формируют у ребенка чувства защищенности, безопасности, лишают его ощущения поддержки и взаимопонимания.

При более поздних нарушениях внутрисемейных контактов связанная с ними эмоциональная депривация оказывает на личность менее выраженное деформирующее воздействие. В этом случае язвенная болезнь возникает в более позднем возрасте и характеризуется сравнительно благоприятным течением с меньшим количеством обострений и осложнений.

Недостаточность эмоциональной привязанности в раннем возрасте приводит к трудностям в дальнейшей социальной адаптации, нарушая снабжение жизненным опытом, созданию широкого репертуара моделей поведения межличностного общения. Ранние эмоциональные контакты являются основой для развития всех последующих взаимоотношений, на которые они накладывают своеобразный отпечаток амбивалентности; неудовлетворенная потребность в эмоциональной привязанности в сочетании с недоверием и негативизмом переносится в дальнейшем на всю сферу межличностного общения.

Своеобразие эмоциональных отношений при этом тесно связано с трудностями адекватного отражения, осознания и внешнего выражения больным своих чувств, эмоциональных переживаний (алекситимические черты), а также понимания чувств окружающих людей. Ощущение неадекватности в переживаниях и эмоциональных взаимоотношениях сопровождается фиксацией на них. Одновременно обедняются эмоциональные реакции на несвязанные с актуальным психическим состоянием события. Таким образом, первичное нарушение эмоциональных отношений приводит к ограниченности вторичного социального опыта, к односторонности процесса социализации, к недостаточности адаптационных и компенсаторных возможностей личности в системе межличностных взаимоотношений. Формируется вторичная эмоциональная депривация — своеобразная социальная обособленность, невовлеченность в глубокие эмоциональные взаимоотношения с окружающими, обеспечиваемая соответствующим поведенческим стереотипом. Состояние вторичной эмоциональной депривации компенсируется периодическим предъявлением соматической симптоматики. Для язвенных больных характерна ориентация на производственные и социальные достижения. Компенсация осуществляется преимущественно в профессиональной деятельности.

Таким образом, своеобразная система семейных отношений больных язвенной болезнью с незрелостью или искажением ее эмоциональных компонентов и недостаточной способностью к приобретению и ассимиляции жизненного опыта ограничивает возможности реализации и компенсации личностных свойств.

Цилли Е. И., Кузнецова И. А., Снопкова Ю. Г. Применение стимулотона при терапии аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях амбулаторного отделения клиник ИГМУ

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель исследования. Изучение эффективности стимулотона при терапии тревожных, депрессивных и смешанных тревожных и депрессивных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторном отделении.

Материал и методы. Обследовано 36 пациентов в амбулаторном отделении; из них 26 женщин и 10 мужчин (первичных — 12 чел., повторных — 24 чел.) в возрасте от 36 до 68 лет (средний возраст 53 года) с психическими нарушениями: тревожное расстройство — 16 чел. (44,5%), депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени тяжести — 13 чел. (36%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство — 7 чел. (19,5%). Психосоматические заболевания у пациентов представлены гипертонической болезнью (ГБ) — 14 чел., ишемической болезнью сердца (ИБС) — 12 чел. и ИБС в сочетании с ГБ — 10 чел. с разной степенью выраженности клинической картины. Использованы клиничко-психопатологический и патопсихологический методы (госпиталь-

ная шкала депрессии и тревоги HADS, шкала тревоги и шкала депрессии Гамильтона, опросник CES — D для выявления депрессии).

Результаты. В работе использован антидепрессант сбалансированного действия, мощный селективный ингибитор обратного захвата серотонина — стимулотон (АО Фармацевтический завод «Эгис», Венгрия) в дозе 50 мг/сут внутрь утром однократно в течение 4-х недель. Пациентам с нарушениями сна назначался имован 7,5 мг на ночь. К концу первой недели лечения повысилось настроение, пациенты стали спокойней, менее слезливыми и раздражительными, меньше волновались по разным незначительным поводам, улучшился сон, уменьшилось чувство тяжести в груди, реже возникали перебои в сердце и т.д. На второй — третьей неделе нормализовался сон, настроение продолжало выравниваться, пациенты становились более активными, намного спокойнее, реже говорили о своей болезни, более адекватно оценивали ее и др. На четвертой неделе терапии настроение нормализовалось, пациенты успокоились, не обращали внимание на свое основное заболевание, отмечали улучшение внимания и памяти, значительно уменьшилась слабость и утомляемость, пациенты стали более активными и работоспособными и т.д. После окончания лечения в амбулаторном отделении пациенты продолжали наблюдаться у терапевта (кардиолога) и психотерапевта поликлиники по месту жительства, продолжая прием стимулотона.

Заключение. Т.о., антидепрессант — стимулотон в минимальной суточной дозе (50 мг/сут) можно рекомендовать для терапии нерезковыраженных тревожных и депрессивных расстройств у пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями в соматическом (в том числе и в дневном отделении) стационаре, не госпитализируя их в психиатрическую больницу, при взаимодействии врачей — терапевта (кардиолога) и при необходимости психиатра.

Черняк Н.Б., Аксенов М.М. Клиника пограничных непсихотических расстройств у больных бронхиальной астмой

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск; НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

В наше время продолжается изучение психосоматических расстройств и бронхиальной астмы в частности (Семке В.Я., 2003, Байкова Е.С., Куприянова И.Е., 2005). Проблема бронхиальной астмы, как психосоматического заболевания, и по настоящее время полностью сохраняет свою актуальность, как в теоретическом, так и в практическом отношении (Смулевич А.Б., Бевз И.А., 2001). Показатель заболеваемости населения бронхиальной астмой достигает 5% среди взрослого населения и более 7% детей, т.е. в стране насчитывается около семи миллионов больных бронхиальной астмой. От 0,3 до 3% больных БА умирает во время астматического приступа. По данным В.Т. Волкова, А.К. Стрелис (1996) уровень заболеваемости в Томске на 1000 населения за последние 20 лет увеличился с 0,6 до 2,5. По данным статистики это наиболее распространенный вид патологии, составляет до 50% общей заболеваемости населения. Однако,

несмотря на большой объем публикаций, необходимо констатировать недостаточную разработку проблемы рассматриваемой ассоциацией в аспектах клинки, динамики, терапии и превенции. Разграничение личностных невротических и патохарактерологических реакций и развития с крайними вариантами личностной нормы, является малоизученной проблемой пограничной психиатрии, прежде всего в аспекте выделения критериев непатологических («аклинических») и малодифференцированных (Семке В.Я., 2001), слабовыраженных форм девиаций (психогенные, характерологические реакции). В современных условиях возрастающее значение приобретают психодиагностика, психогигиена и психопрофилактика, так как недостаточное внимание к этой проблеме уже проявилось в возрастании уровня распространенности психосоматических заболеваний среди населения.

Недостаточность высокоэффективных методов терапии и профилактики этих расстройств в психиатрической практике определяет необходимость создания дифференцированных реабилитационных и превентивных программ и решения задач, связанных с организацией специализированных служб для их реализации. Изучение условий формирования пограничных психических расстройств при различных формах БА позволило определить дифференцированный вклад ряда конституционально-биологических, микросоциальных, социально-психологических, психологических факторов в возникновении и течении этих расстройств.

В первой группе, с экзогенной формой бронхиальной астмы в целом достоверно преобладали женщины (63,1%), мужчин (36,8%). Среди мужчин преобладали пациенты молодого возраста (16,8%), а среди женщин средний и пожилой возраст (24,2%). В группе со смешанной формой бронхиальной астмы количество женщин (48,9%) и мужчин (51%) было примерно одинаково. Среди мужчин преобладал возраст 21-30 лет (20,4%), среди женщин пожилой и старческий возраст (22,4%). В группе с эндогенной формой бронхиальной астмы достоверно преобладали мужчины (40%), старческого возраста.

Изучая возраст начала заболевания в трёх клинических группах, максимальная заболеваемость экзогенной формой БА наблюдается в возрасте до 20 лет (38,95%) и далее убывает. Такая картина наблюдается как среди женщин, так и среди мужчин. Во второй группе наибольшее количество заболевших находилось в возрасте 21-30 лет — 34,69%, до 20 лет — 32,65%, 41-50 лет — 24,49%. В третьей группе заболеваемость БА, была максимальной в пожилом возрасте и составила 46,67%.

Изучение степени дисгармоничности преморбидной личности выявило отсутствие в первой группе пациентов с гармоничным складом преморбидной личности. Гармоничный склад доболезненной личности отмечался лишь в группах со смешанной и эндогенной формой БА (14 чел. — 24,49% и 9 чел. — 60,0% соответственно). При этом количество гармоничных личностей в группе с эндогенной формой БА достоверно преобладало (60%). В первой (61%) и во второй (57,1%) группах достоверно больше пациентов с акцентуированным складом доболезненной личности. Выявлено, что при экзогенной форме БА

было больше пациентов с психопатическим складом (22,1%). Экзогенная и смешанная формы БА наиболее часто развивались у лиц с акцентуированными чертами преморбидной личности, тогда как развитие эндогенной формы БА не удалось связать с определённым складом доболезненной личности. Таким образом, установлено, что наиболее часто БА и нарушения функции внешнего дыхания развиваются у лиц с патологическим складом доболезненной личности.

Сравнение трёх клинических групп по типологии преморбидной личности показало, что в первой группе значительно преобладали личности с истероидным радикалом (67,3%), во второй группе — личности с эпилептоидным складом (46,9%), в третьей — гармоничные личности (60%), что согласуется с данными исследований Е.С. Байкой (2005).

Анализ профессионального статуса в каждой клинической группе выявил, что наибольший процент работающих был среди пациентов с экзогенной формой БА (75,79%). Во второй клинической группе как внутри группы так и по сравнению с первой группой было больше пенсионеров (57,1%). В третьей наблюдалась тенденция к увеличению доли пенсионеров по сравнению с остальными клиническими группами (60%).

Первая изучаемая клиническая группа отличалась более высоким уровнем образования. Количество обследованных лиц с высшим образованием в первой группе составило 29,47%, тогда как в третьей таких не оказалось. Пациентов со средним специальным образованием было максимальным по сравнению с остальными группами, во второй группе и составило 46,94%. В третьей группе преобладало количество лиц со средним образованием — 53,33%, что отличало третью группу от остальных.

Во всей выборке преобладало количество обследованных, находящихся в браке (53,68% — экзогенная форма; 57,14% — смешанная форма; 60,00% — эндогенная форма). При этом количество разведённых было максимальным по сравнению с остальными группами в первой группе (15,79%). Количество холостых лиц было больше во второй клинической группе (18,37%). В третьей группе на втором месте находились овдовевшие, и их количество составило 26,67%, по этому показателю третья группа также отличалась от остальных. Первая и вторая клинические группы достоверно отличались от третьей группы различными «перекосами» в семейных отношениях, когда обследуемый занимал лидирующую или подчинённую позицию.

Для профилактики и превенции важное значение приобретают динамические наблюдения и планомерная реализация, совместно разработанная с врачом-пульмонологом.

Шагдурова Э.А., Окладников В.И. Качество жизни у метеочувствительных пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Актуальность. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) — одна из наиболее часто встречаемых форм сосудистого поражения головного мозга, состав-

ляет более 70% всех цереброваскулярных заболеваний, а у лиц трудоспособного возраста встречается в 20-30% случаев (Суслина З.А., 2005; Гусев Е.И. и соавт., 2003, 2007). Причем, у данной категории больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается наиболее высокая чувствительность к неблагоприятным погодным условиям и колеблется от 42 до 100% (Андропова Т.И. и соавт., 1982; Tanaka H. et al., 2000). Неблагоприятные типы погоды способствуют срыву компенсаторных реакций, что в свою очередь приводит к развитию и обострению имеющегося патологического процесса (Шпоко И.Н., 2000; Okada K. et al., 1995; Tanaka H. et al., 2000). Прогрессирование ДЭ приводит к формированию неврологического дефицита и когнитивным нарушениям, снижает качество жизни, что представляет собой актуальную и сложную медико-социальную проблему в большинстве экономически развитых стран мира (Жулев Н.М. и соавт., 2002; Одинак М.М., Вознюк И.А., 2002; Яхно Н.Н. и соавт., 2005; Дамулин И.В., 2006).

Цель исследования. Изучить качество жизни у метеочувствительных пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Задачи исследования: 1. Определить уровень качества жизни 2. Уточнить возможное влияние на него различных факторов: пол, возраст, образование, депрессия, тревожность, вегетативная дисфункция, уровень и длительность метеочувствительности.

Материалы и методы. Обследовано 79 человек с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I-II стадии. Клинический диагноз установлен в соответствии с классификацией сосудистых поражений головного и спинного мозга (Шмидт Е.В., 1985) и существующими критериями (Дамулин И.В., Захаров В.В., 2000). В ходе клинического исследования пациенты были разделены на две группы: I — основная группа — пациенты, обладающие признаками повышенной метеочувствительности (определенные методом расчета теста-индекса А.И. Григорьева и анкетными данными), средний возраст составил 64,94±9,03 лет [95% ДИ: 62,3-67,5], мужчин было 12, женщин — 37, и II группа сравнения — 30 человек, не имеющие признаков повышенной метеочувствительности. В ее состав входили 16 мужчин и 14 женщин, средний возраст больных 62,67±7,62 лет [95% ДИ: 59,8-65,5]. Средний возраст пациентов сопоставим в двух группах (p>0,05).

Все пациенты находились на стационарном лечении в клинике нервных болезней им. Х.-Б.Г.Ходоса Иркутского государственного медицинского университета. Критериями исключения являлись: ДЭ III стадии, выраженное снижение когнитивных функций по тесту Mini Mental State Examination (MMSE), ниже 20 баллов), тяжелая соматическая патология.

Для оценки качества жизни использовался «Краткий опросник оценки статуса здоровья» — официальная русскоязычная версия MOS SF-36, учитывались два показателя: физический компонент (PCS) и психологический компонент здоровья (MCS). PCS составляют: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим функционированием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), а MCS — жизненная

активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным функционированием (RE), психическое здоровье (MH).

При обработке полученных результатов исследования применялись общепринятые методы вариационной статистики. Оценку достоверности статистических различий проводили параметрическими и непараметрическими методами, с помощью критериев Стьюдента и Манна-Уитни. Различия расценивались, как статистически достоверные при p<0,05. Проводился корреляционный анализ с вычислением коэффициентов сопряженности качественных признаков Спирмена. Расчеты осуществлялись на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA) и пакета анализа для программ MS Excel (версия 7.0).

Результаты. Как видно из таблицы 1, у метеочувствительных пациентов с ДЭ отмечается снижение физического компонента здоровья (PCS) (p<0,001) и психологического компонента здоровья (MCS) (p<0,01) по сравнению с пациентами не обладающими повышенной метеочувствительностью. Наиболее низкими показателями у метеочувствительных пациентов оказались RP и RE, свидетельствующие о значительном ограничении повседневной деятельности за счет физического и эмоционального состояния. Ухудшение физического и эмоционального состояния можно объяснить наличием болевого синдрома (головные боли, кардиалгии, боли в суставах и пояснице) и ухудшением настроения на изменение метеорологических факторов (p<0,01), что подтверждают показатели BP (p<0,05) и VT (p<0,0001).

По данным нашего исследования выявлена обратная умеренная взаимосвязь между уровнем метеочувствительности и общим состоянием здоровья (r=-0,45; p<0,05), жизненной активностью (r=-0,46; p<0,05), но обращает на себя внимание наличие положительной умеренной взаимосвязи между длительностью метеочувствительности и социальным функционированием (r=0,45; p<0,05). Корреляционный анализ в группе метеочувствительных пациентов показал обратную умеренную взаимосвязь между психической составляющей качества жизни и уровнем депрессии (r=-0,54; p<0,01), результатом опросника Вейна (r=-0,62; p<0,001), а также между личностной тревожностью и социальным функционированием (r=-0,45; p<0,05). При анализе по гендерным признакам и физическим компонентом здоровья отмечается обратная умеренная корреляция между женским полом и PCS (r=-0,41; p<0,05). По возрастному и образовательному цензу достоверной корреляции не выявлено.

Таблица 1
Показатели качества жизни больных основной и контрольной групп

Показатели качества жизни, M±σ/ (Me, Q1, Q3)	Метеочувствительные пациенты, (n=49)	Не метеочувствительные пациенты, (n=30)
1. Физический компонент здоровья (PCS)	34,95±6,77*** [95% ДИ: 32,2-37,7]	44,22±9,78*** [95% ДИ: 39,2-49,3]

- физическое функционирование (PF)	35,35±10,43* [95% ДИ: 31,1-39,7]	43,44±11,33* [95% ДИ: 37,6-49,3]
- ролевое функционирование, обусловленное физическим функционированием (RP)	29,97 (28; 28)***	41,68 (35; 56,2)***
- интенсивность боли (BP)	36,09 (29,3; 37,9)*	45,04 (37,5; 51,6)*
- общее состояние здоровья (GH)	34,2 (28,9; 38,2)**	42,18 (38,2; 48,5)**
2. Психологический компонент здоровья (MCS)	33,7±6,67** [95% ДИ: 30,9-36,5]	41,74±8,29** [95% ДИ: 37,5-46]
- жизненная активность (VT)	39,36±6,91*** [95% ДИ: 36,5-42,2]	51,99±6,92*** [95% ДИ: 48,4-55,6]
- социальное функционирование (SF)	34,23 (30,2; 35,4)	32,96 (30,2; 35,4)
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным функционированием (RE)	27,57 (23,7; 34,5)**	38,68 (23,7; 55,3)**
- психическое здоровье (MH)	34,18±11,11** [95% ДИ: 29,6-38,8]	45,1±10** [95% ДИ: 40- 50,24]

Примечание: достоверность различия * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$, Me — медиана, Q1 — нижний квартиль, Q3 — верхний квартиль.

Заключение. 1) Дисциркуляторная энцефалопатия снижает качество жизни, причем значительнее у метеочувствительных пациентов. В большей степени снижается качество жизни у метеочувствительных больных по физическому компоненту и жизненной активности.

2) Качество жизни является показателем, зависящим от пола, депрессии, личностной тревожности, вегетативной дисфункции и уровня метеочувствительности. Полученные нами данные показывают, чем длительнее метеочувствительность, тем выше качество жизни, это необходимо связывать с адаптивными возможностями организма.

РАЗДЕЛ 2. ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИКИ И ПСИХИАТРИИ

Бобров А.С., Павлова О.Н. Аффективные расстройства с невротоподобной и соматоформной симптоматикой в клинике неманифестной шизофрении

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

За последние десятилетия в отечественную трактовку течения приступообразно-прогредиентной шизофрении внесены существенные дополнения в виде «приступообразно-прогредиентной шизофрении близкой к вялотекущей» (Тиганов А.С., 1999). Клиническая характеристика этого варианта складывается из проявлений непрерывно текущего процесса в виде навязчивостей, деперсонализации, ипохондрических расстройств, сенестопатических и истероформных симптомов и возникающих на этом фоне аффективных приступов (чаще депрессии, чем мании). Среди современной типологии собственно вялотекущей шизофрении значится обсессивно-фобический вариант с возможностью возникновения в течение заболевания приступов с преобладанием аффективных (депрессивных) расстройств (Смулевич А.Б., 2009). При этом навязчивости представлены идеями самообвинения с многократным перебором как прошлых с негативной оценкой, так и возможных ошибочных действий в будущем. Оба эти варианта могут быть отнесены к проявлениям неманифестной шизофрении с отсутствием бреда, галлюцинаций и иной развернутой психотической симптоматики.

Существенным является и второе важное положение, которое легло в основу настоящего исследования. Это выделение среди различных типов течения приступообразной шизофрении малоприступного с частотой от 1-го до 4-х приступов и многоприступного течения с 5-ю приступами и более (Абрамова Л.И., 1996). При этом одноприступная шизофрения составляет 26,2% (Сейку Ю.В., Морозова В.П., 1989). Более того, одноприступная шизофрения может быть представлена хронифицированным (многолетним) приступом (Стецов Л.Г., 2001).

Цель исследования. Изучение особенностей невротоподобной и соматоформной симптоматики в структуре депрессивных приступов в рамках неманифестной шизофрении.

Материалы и методы. Критериями набора материала в настоящем исследовании послужили наличие аффективных расстройств в виде биполярных (в том числе с континуальным типом течения), смешанных аффективных расстройств и монополярной депрессии в сочетании с невротоподобной и соматоформной симптоматикой в структуре, как правило, депрессивного приступа. Критериями отграничения от вялотекущей шизофрении, включая обсессивно-фобический ее вариант, являлись биполярность в течение заболевания либо наличие в структуре приступа смешанной аффективной симптоматики и общая особенность, присущая депрессивному спектру расстройств в виде синдромологического полиморфизма из круга вялотекущей шизофрении, существующего одномоментно либо в виде внутрифазового синдромокинеза.

Количество наблюдений — 42, из них мужчин — 24, женщин — 18. Среди изученного контингента больных биполярный тип течения диагностирован у 9 человек (21,4%); смешанная аффективная симптоматика в структуре приступа — 12 (28,6%) и преимущественно депрессивная структура приступа в подавляющем большинстве случаев с одноприступным течением на момент настоящего наблюдения 21 человек (50,0%).

Результаты. Остановимся на клиническом анализе последней из названных групп больных (n=21). В зависимости от возраста манифеста больные распределены на две основные группы: дебют заболевания в возрасте от 12-13 лет до 20-21 года — 14 больных (66,7%) и очерченный по клиническим проявлениям манифест заболевания в возрасте от 29-30 до 49 лет — 7 человек (33,3%). В обеих группах больных малоприступное течение выявлено соответственно по одному наблюдению. Средняя длительность хронифицированного приступа с началом в пубертатном или юношеском возрасте составила $7,4 \pm 1,1$ лет; в случае манифестного проявления психоза в зрелом возрасте соответственно $10,8 \pm 2,6$ лет. В случае малоприступного течения хронифицированный приступ имел второй порядковый номер.

Среди симптомов неврозоподобного регистра у большинства больных (64,3%) с более ранним по возрасту манифестом заболевания выявлялся особый вариант социальной фобии, если можно так сказать «социальная фобия на пороге собственного дома». В одном случае это страх показаться непривлекательным, в том числе внешне, произвести плохое впечатление, выглядеть чудяком; трудности, а порой и невозможность интерперсональных контактов усугубляется фобией с фабулой «окружающие меня будут обсуждать», более того «кажется, что ко мне недоброжелательно относятся», «все меня осуждают, смеются за моей спиной». Страх общения с незнакомыми, сопряженный с опасениями осуждения возможных насмешек, может приобретать как бы оттенок воздействия извне — «как будто кто-то не пускает общаться». Либо при общении с незнакомыми людьми усиливается ощущение напряжения в теле, возникает страх с фабулой антропофобии — «боюсь всех, могут обидеть, не смогу постоять за себя», либо «боюсь людей, уверен, что при общении будет только «негатив» с их стороны — могут обидеть, ударить, возникает опасение за жизнь». Ощущение опасности в присутствии посторонних, чувство, что на тебя обращают внимание, шепчутся за твоей спиной, по выражению одного из больных, сопоставимо с ощущением «вмешательства в мое личное пространство». Страх (фобия) общения определяет значительные ограничения в поведении и по существу способствует формированию агорафобии.

Фобия общения могла сочетаться у одного и того же больного с проявлениями специфической (простой) фобии. Это страх пользования общественным туалетом («так как напрягается мужской орган»), избегание пользования общественным транспортом из-за фобии чужого прикосновения. Так, в случае неосторожного касания больного посторонним лицом возникает страх, хочется скорее покинуть транспорт. Возникает состояние по типу инверсии фобии нечаянного прикосновения больного к окружающим из-за опасения причинения вреда другому (Суханов С.А., 1915). В единичных наблюдениях страх самостоятельного передвижения вне дома определялся наличием сенестезий либо страхом заражения («кругом инфекция, могу заразиться и умереть»).

Наряду с фобией общения в статусе пациентов с хронифицированным приступом атипичной депрессии в пубертатном или юношеском возрасте значительное место занимают навязчивости (78,6%). Наиболее часто это навязчивый

страх заражения, контрастные навязчивости, визуализация навязчивых воспоминаний тех или иных трагических или напугавших больного событий, в единичных наблюдениях навязчивости имели индифферентное содержание («смысл жизни») или проявлялись в виде навязчивого желания представить себя «маленькой девочкой».

Второе ранговое место по частоте у больных с ранним или относительно ранним манифестом атипичной депрессии занимали сенестопатии (57,1%). Следует выделить их две основные особенности. Первое это то, что сенестопатии как бы лежат на периферии клинической картины. Другими словами, практически не подвергаются идеаторной разработке с формированием ипохондрических фобий и не оказывают влияние на поведение пациента. Другая особенность сенестопатий в первой клинической группе — это их квалификация в качестве сенестопатии движения (Гутенева Т.С., 1981), психосенсорияльного варианта (Собенников В.С., 1988); сенестопатии могли носить дискретный характер («как пробка сжимает внутри горла»). Лишь в одном наблюдении в структуре хронифицированного приступа со вторым порядковым номером и манифестом в возрасте 27 лет сенестопатии имели термический характер («жжение в голове, волосистой части головы как от солнечных лучей») с их генерализацией на пятом году активного этапа течения приступа («как будто жарит всю спину»). Панические атаки (ПА) выявлены в 4 наблюдениях (28,6%). При этом ПА (в том числе симптоматически бедный вариант) возникали в первые годы от начала приступа либо имели место на активном этапе течения болезни с частотой от 1 до 3 раз в месяц, могли быть протрагированными в течение дня, но ни в одном случае ПА не осложнялись агорафобией.

Менее чем в половине наблюдений (35,7%) на протяжении активного этапа течения хронифицированного приступа у больных первой клинической группы выявлялись субпсихотические не длительные эпизоды. Последние были представлены гипнагогическими галлюцинациями; кратковременным параноидным сдвигом в клинической картине с его психогенной провокацией; эпизодом субкататонической симптоматики; ощущениями «постороннего присутствия в комнате». В 3-х наблюдениях выявлена склонность к алкоголизации, при этом в одном случае быстрое по темпам формирование запойного пьянства от момента манифестного проявления заболевания с рецидивирующими эпизодами истинного вербального галлюциноза.

Остановимся на особенностях клиники хронифицированного атипичного депрессивного приступа в рамках неманифестного проявления шизофрении с дебютом в зрелом возрасте. Существенным отличием от наблюдений с очерченным началом хронифицированного приступа в пубертатном или юношеском возрасте является наличие сенестопатий у каждого из изученных больных. В двух наблюдениях начало приступа формировалось по типу «ограниченной» ипохондрией или ипохондрией циркумскрипта (Смулевич А.Б., Фролова В.И., 2006). К примеру, у больной в возрасте 49 лет неудачное стоматологическое вмешательство с целью проведения металлокерамики 2-го зуба верхнего ряда осложнилось острым гранулематозным периодонтитом, его лечением и необхо-

димостью повторного протезирования. Больная избегает носить зубной протез, т.к. испытывает ощущение — крайний верхний корневой зуб «травмирует, натирает десну, цепляется за слизистую рта», присоединяются ощущения «пощипывания, покалывания» в деснах. Возникает навязчивое желание коснуться, прощупать языком часть десны под снятым протезом. Для снятия болезненных ощущений больная прибегает к «зубным примочкам, масляным тампонам», настойчиво повторно обращается за консультациями к стоматологам, в том числе в другом городе, настаивает на удалении «больного зуба». Ищет «рецепты» избавления от тягостных ощущений в ротовой полости в Интернете, регулярно смотрит передачу с ведущим Г.Малаховым. Перестает справляться с обязанностями педагога средней школы, переводится на должность методиста этой школы. Через полтора года от начала приступа оставляет работу.

Во втором наблюдении с манифестом приступа по типу ограниченной ипохондрии больной в возрасте 34 лет начинает предъявлять жалобы на «невыносимую до слез, тягостную как зубная боль» в левом глазном яблоке (правый глаз после травмы в пятилетнем возрасте был протезирован). Патологические ощущения со слов больного характеризуются «тяжестью в глазу как свинцом налит», иногда испытывает ощущения «глаз как бы сдавлен изнутри как в цементе»; «горит огнем»; при опущенном веке глазное яблоко «прыгает, мечется, дергается». На активном этапе течения заболевания (больной прослежен на протяжении 9 лет) присоединяется ощущение «жжения в горле, першения в трахее», боли в области спины («в позвоночнике что-то щелкает, иногда пронизывает как стрела — адская боль»). Возникают ощущения стягивания, распирания в голове; в брюшной полости — «пучит, бродит как колики, как резь, как копыями натыкали, боль как щелчок, как зубная». Больной склонен к медицинскому теоретизированию по А.К. Ануфриеву. Так нарушения координации из-за дефекта зрения трактует «мозг испытывает недостаток зрительной информации: мозг сам по себе, а тело само по себе». Ощущения «ненасыщения кислородом — дышу принудительно» ставятся в связь с плохой работой кишечника. Больной прибегает к ряду «мер» по улучшению работы кишечника: голодание до трех дней; гимнастика не менее одного часа с включением позы льва; упражнения на турнике до 5-6 раз в день; диета из фруктов и овощей с исключением жирной пищи. Больной оставляет работу, признается инвалидом с динамикой инвалидности III-II группа инвалидности.

Хронифицированному приступу у трех больных второй клинической группы с манифестом в зрелом возрасте предшествовал инициальный этап с длительностью от одного года до восьми лет с проявлениями расстройств депрессивного спектра. Это была несвойственная ранее повышенная утомляемость, ухудшение настроения («грусть») во второй половине дня; нарушение засыпания с вечера. Либо это было ухудшение состояния с большим акцентом на утрате интересов («леность»), раздражительности и вегетативных расстройствах. В одном наблюдении на фоне хронической психогении (запойный характер пьянства мужа, продолжающиеся конфликты с его стороны после расторжения брака) симптоматика депрессивного регистра усугублялась поначалу ис-

тероформными проявлениями в виде затруднения в приеме жидкой пищи. Наиболее отставленным период до начала хронифицированного приступа был у двух больных. В одном из этих наблюдений за 18 лет хронифицированному приступу предшествовал депрессивный приступ длительностью до 6 мес. с выраженной утомляемостью к вечеру, пресомническими расстройствами, нарушениями концентрации внимания, сенестезиями (слабость в нижних конечностях, неустойчивость при ходьбе) и инвертированным суточным ритмом по В.М. Морозову. Во втором наблюдении манифесту приступа в возрасте 45 лет предшествовали недлительные периоды в возрасте 16-17 и 43 лет возникновение панических атак с преимущественно вегетативной составляющей.

Активный этап течения хронифицированного приступа характеризовался наличием би- и полилокальных сенестопатий в том числе термических. К сенестопатиям отнесены ощущения «как стягивает, тянет в верхних и нижних конечностях — как будто нервные окончания оголились» (интерпретативные сенестопатии по Собенникову В.С., 1988); ощущения нестерпимого, жгучего характера — «как кипятком обольет» с распространением по оси тела; в брюшной полости — «как скручивает, тянет». В случае патологических сенсаций церебральной локализации это «невыносимая головная боль давящего и тянущего характера, голова раскалывается, разламывается» с тем же присоединением генерализованных термических сенестопатий — «жжение как печет в теменной области», распространением ощущения «жжения» на область спины и переднюю поверхность тела. Сенестопатии могли приобретать фантастический характер (Буренина Н.И., 1997). Так одна из больных предъявляла жалобы — «внутри головы шум непонятный, как будто кто-то дышит»; «ощущала дыхание мозгами — голова сама дышит». Наряду с этим, испытывала ощущение «сжимаются мозги, переворачиваются, в области темени что-то двигалось». Сенестопатии церебральной локализации у этой же больной сочетались с острой болью в позвоночнике — «как будто что-то вставили». К особому варианту сенестопатий, очевидно, следует отнести ощущения избыточного выделения слюны — «сочится из десен густая тянущаяся слюна, трудно ее сглатывать», с последующим присоединением у этой же больной ощущения жара в теменной и затылочной области, жжения вокруг глаз, кожи лица, по ходу позвоночника и по всему телу. Истероформная симптоматика на инициальном этапе хронифицированного приступа (затруднение при глотании жидкой пищи) на активном этапе течения заболевания усложняется ощущениями «пронизывающей боли в глотке, гортани, пищеводе, как спазм в желудке» с распространением по оси тела — «бродит сверху вниз». Больная заменяет прием воды фруктами. Присоединяются ощущения «прострела в голове — как гвоздь забивают», «горения» внутри головы.

Выраженное влияние на поведение с ограничением/исключением самостоятельного передвижения вне дома у больных второй клинической группы с генерализованными сенестопатиями определяется наличием сенестезий. Последние, аналогично коэнестезиопатическому варианту вялотекущей шизофрении (Волель Б.А., 2010), включали жалобы на головокружение и расстройство ста-

тистического равновесия — «как будто земля из-под ног уходит, кажется что упаду, подгибаются колени, тянет назад и в сторону». Сенестезии усугубляются ипохондрическими фобиями — «могу упасть, не встать, разорвутся сосуды в голове».

Субпсихотическая симптоматика в структуре хронифицированного атипичного депрессивного приступа у больных второй клинической группы была представлена: окликами по имени в дебюте приступа, невнятным бормотанием внутри головы в дебюте приступа и на всем протяжении активного этапа течения заболевания с желанием больной «хочется вытряхнуть все это из головы»; ощущением, что кто-то «постоянно находится за спиной», «кто-то стучит в окно»; намеком на воздействие извне при ощущении неполноты вдоха — «как будто стягивает горло извне»; тактильными галлюцинациями в виде ощущения ползания червяков под кожей рук и ног в сочетании с ноющей («как зубная») болью, но без обращения к дерматологу с требованиями элиминации беспокоящего участка тела.

Депрессивная симптоматика в структуре, как правило, хронифицированного приступа в зависимости от возраста его манифеста имела как существенные различия, так и ряд общих особенностей. Оценка тяжести депрессии проведена с позиции МКБ-10. Среди пациентов с манифестом приступа в пубертатном или юношеском возрасте диагностирована умеренная либо промежуточная между тяжелой и умеренной степенью тяжести депрессивного эпизода. В то время как, во второй клинической группе с манифестом заболевания в зрелом возрасте депрессия оценивалась как тяжелая либо промежуточная степень её тяжести. Гипотимия выявлялась у всех больных первой и у подавляющего большинства второй группы больных. Имела развернутое и достаточно образное определение с выделением в ряде случаев её тоскливого оттенка. Во второй клинической группе у ряда больных имела место витализация невербализованного тоскливого аффекта в виде протопатического и метафорического варианта (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2010) либо нетипичный её вариант в виде термических сенестопатий («ощущение горения за грудиной»). Нуждаются в специальном анализе особенности тревожной симптоматики, представленной в обеих клинических группах симптомами генерализованного тревожного расстройства, так и субпсихотической бесфабульной (флоттирующей) тревоги.

Следует отметить значительную частоту среди больных обеих клинических групп выраженной астении до степени витальной деперсонализации по Е.Б.Беззубовой (1991), когда по выражению больных физическое состояние оценивается «как опустошенное», «рассыпалась как труха», «как умерла». Шизофренической депрессии в клинике неманифестных форм на материале настоящих наблюдений присуща значительная частота атипичной симптоматики. Прежде всего, это касается нетипичного суточного ритма в виде: его отсутствия, ухудшения состояния к вечеру; перемежающиеся состояния тревоги и гипотимии («утром тревожность на душе, к вечеру — тоска»); седловидный суточный ритм в проявлениях повышенной утомляемости. Иная атипичная симптоматика в виде повышения аппетита, избыточного количества ночного сна

была представлена в первой клинической группе; сонливость в первой либо во второй половине дня имела место в обеих клинических группах; реактивность настроения — во второй группе.

Негативная симптоматика наиболее отчетливо выявлялась среди больных в первой клинической группе. Со слов близких в семье больным свойственны: эмоциональная отгороженность, недостаточность/отсутствие рапорта (коммуникативности) в отношении родственников; отсутствие потребности в социальных контактах, каких-либо планов на будущее; бездеятельность в быту, пассивное времяпровождение. Последнее не исключает возникновения реакции раздражения вплоть до физической агрессии в ответ, когда «меня не понимают, много требуют», «доставляют». Во второй клинической группе с депрессивным приступом неманифестной шизофренией в зрелом возрасте негативная симптоматика «перекрывается» постоянным ощущением слабости, вялости вне зависимости от какой-либо деятельности, нагрузки («нет сил ни на что», «полное бессилие»), характерно длительное в течение дня пребывание в постели, либо гротескная степень выраженности утомляемости, когда по выражению одной из больных «после небольшой уборки в квартире длительностью 10-15 минут приходится отдыхать 2-3 часа». Исключение составляет поведение больного со структурой приступа по типу «ограниченной ипохондрии» в виде одержимости болями, правда со сменой их акцента в процессе длительного активного этапа течения заболевания.

Вальддорф Е.В., Петрова И.С. Зависимость характера совершаемых преступлений у лиц, привлекаемых к уголовной ответственности с возникновением различных видов соматоформных расстройств

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Соматоформные расстройства, в частности, ипохондрическое расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, устойчивое соматоформное болевое расстройство, довольно часто отмечаются у лиц, которые были привлечены к уголовной ответственности за различные деяния, предусмотренные в уголовном кодексе РФ.

Цель исследования. Изучение видов соматоформных расстройств психогенного генеза у лиц, подверженных амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе с характером совершаемых преступлений.

Материалы и методы. Обследовано 55 человек в условиях амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы, в отношении которых были возбуждены уголовные дела за различные преступления и выявлены соматоформные расстройства. Из них 40 мужчин и 15 женщин в возрасте от 16 до 62 лет. Использован клинко-психопатологический метод исследования в сочетании с анализом данных соматовегетативного состояния, а также данных экспериментально-психологического исследования («Пиктограмма», тест Эббингауза, субтест Векслера, тесты Розенцвейга, ММРП).

Результаты. В ходе исследования нами было установлено, что у 36 человек во время прохождения соответствующей экспертизы выявлялась соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, 15 — другие соматоформные расстройства, в том числе неуточненные, у 3 человек — устойчивое соматоформное болевое расстройство, 1 — ипохондрическое расстройство. Среди 55 обследованных подэкспертных привлекались к уголовной ответственности по статьям: 158 УК РФ (кража) — 12 человек, 161 УК РФ (грабеж) — 12, 228 УК РФ (незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов) — 11 человек, 111 УК РФ (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью) — 7, 105 УК РФ (убийство) — 4 человека, 166 УК РФ (неправомерное задержание автомобиля или иным транспортным средством без цели хищения) — 3, 159 УК РФ (мошенничество) — 2 человека, статьям 112, 116, 119, 139 УК РФ (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, побои, угроза убийством или причинение тяжкого вреда здоровью, нарушение прикосновенности жилища) — по 1 человеку.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что среди лиц, привлекаемых к уголовной ответственности в рамках различных статей уголовного кодекса РФ чаще возникала соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и другие соматоформные расстройства, в частности, неуточненные и эти лица чаще совершали такие уголовно — наказуемые деяния как кража, грабеж и незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов.

Вальддорф Е.В., Петрова И.С. К вопросу коморбидности соматоформных расстройств с другой психической патологией, выявленных в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Цель исследования. Изучение частоты выявленных соматоформных расстройств в совокупности с другой психической патологией у лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за различные преступления.

Материалы и методы. Обследовано 30 человек с соматоформными расстройствами, проходившими амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу с марта 2009 по июнь 2010 гг., в ходе которой у 17 подэкспертных отмечалась соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, 12 — другие соматоформные расстройства, в том числе неуточненные, у 1 подэкспертного — ипохондрическое расстройство. Из них 25 мужчин и 5 женщин в возрасте от 16 до 45 лет. Использован клиничко-психопатологический, статистический методы исследования в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных экспериментально-психологического исследования (ММРІ, рисуночные тесты, «незаконченные предложения», «Пиктограмма», тест Эббингауза, субтест Векслера, тесты Розенцвейга).

Результаты. В ходе исследования нами было установлено, что 10 подэкспертных во время прохождения соответствующей экспертизы выявляли эмоционально-неустойчивое расстройство личности пограничного типа. Из них у 6 подэкспертных отмечен коморбид с другими соматоформными расстройствами, в том числе, неуточненными, 3 — коморбид с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, у 1 подэкспертного — коморбид с ипохондрическим расстройством. Также нами было установлено, что 10 подэкспертных выявляли органическое расстройство личности на фоне перенесенных закрытых черепно-мозговых травм (сотрясение и ушиб головного мозга), эпилепсии и нейроинфекции. Из них у 8 подэкспертных отмечен коморбид с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, 2 — коморбид с другими соматоформными расстройствами, которые рассматриваются в международной классификации болезней 10 пересмотра под шифром F 45.8. Оставшиеся 10 подэкспертных из 30 выявляли легкую умственную отсталость, при этом у 6 подэкспертных был выявлен коморбид с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, 4 — с другими соматоформными расстройствами, в частности, неуточненными.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сделать следующее заключение о том, что у подэкспертных с легкой умственной отсталостью и органическим расстройством личности чаще выявлялся коморбид с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, тогда как у подэкспертных с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа — коморбид с другими соматоформными расстройствами, в частности, неуточненными.

Иванова Л.А. Особенности терапевтической динамики органической астении и расстройства адаптации под влиянием монотерапии ладостеном

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

В терминологический строй применительно к астеническим состояниям в зарубежных и отечественных исследованиях включены: соматогенная астения; невропатическая конституция (конституциональные астеники); астенические депрессии; «псевдоневротическая» («процессуальная псевдоастения», «шизоастения») астения в клинике шизофрении (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2009). В качестве препаратов выбора в терапии астении с учетом психогенных, конституциональных, соматогенных, эндогенно-процессуальных факторов используются ноотропы, адаптогены, транквилизаторы, психостимуляторы, антидепрессанты с преимущественно активирующим компонентом действия. Однако назначение этих средств требует ограничения в связи с нежелательными явлениями в виде гипоседации или гиперстимулирующего действия, миорелаксации и аддиктивного потенциала транквилизаторов и психостимуляторов, а также возникновения синдрома отмены.

В ГУ НИИ фармакологии им. В.В. Закусова РАМН синтезировано соединение N-(2-адамантил)-N-(п-бромфенил)-амин с психостимулирующим и иммуностимулирующим эффектом. В результате дальнейшей разработки препарата на основе фармакогенетической методологии установлено наличие у него анксиолитических свойств. Новое соединение получило название Ладастен; в спектре его активности сочетаются анксиолитическое действие с активацией поведения.

Изучен психотропный эффект Ладастена у пациентов с диагностической рубрикой МКБ-10 (1994) «Неврастения» (F48.0) без сопутствующей соматической и неврологической патологии (Сюняков С.А. с соавт., 2006). Наиболее выраженным с первых дней приема Ладастена был психостимулирующий эффект в виде повышения уровня бодрствования и редукции астении, несколько позднее выявлялся статистически значимый показатель анксиолитического эффекта. Ко 2-й неделе краткосрочной терапии отмечено позитивное влияние препарата на нарушение ночного сна и сниженное настроение. Верифицирована с помощью типа организации ЭЭГ (в частности альфа-ритма) индивидуально-типологическая реакция на Ладастен у больных с неврастенией (Гришин С.А., 2008). Подтверждена эффективность Ладастена в терапии неврастении в ходе рандомизированного, слепого, плацебо контролируемого исследования (Незнамов Г.Г. с соавт., 2009). Получены доказательства эффективности Ладастена в терапии соматогенной астении при инфекционных, гастроэнтерологических, кардиологических и ревматоидных заболеваниях и неврастении (Смулевич А.Б. с соавт., 2009). Сочетание в спектре действия Ладастена психостимулирующих и анксиолитических свойств способствовало быстрому купированию расстройств сна, соматовегетативных и субдепрессивных нарушений, связанных с астенией.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности Ладастена у больных с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством (в последующем изложении органическая астения - ОА) - F06.6 и расстройством адаптации (РА) - F43.2 по МКБ-10.

Материалы и методы. Общее число включенных в исследование больных составило 29 человек. Среди пациентов ОА (n=13) женщин было 7 (53,8%), мужчин — 6 (46,2%), средний возраст — 47,1±3,7 лет; продолжительность актуального астенического состояния равна 4,9±1,4 месяцев. В соответствии с причиной ОА пациенты распределились следующим образом: сосудистая патология в виде артериальной гипертензии, артериальной гипотензии, атеросклероза церебральных сосудов, врожденного порока сердца — 30,8%; отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести — 23,1%, сочетанная посттравматическая и сосудистая патология — 38,5%, посттравматическая и послеоперационная (оперативное вмешательство по поводу рака желудка) — 7,7%.

В группе пациентов РА (n=16) женщин было 12 (75%), мужчин — 4 (25%), средний возраст на момент обследования составил 42,3±3,2 лет; продолжи-

тельность болезненного состояния — 4,8±1,05 месяцев. Среди пациентов с РА в ближайшем анамнезе выявлена объективная психотравмирующая ситуация с ее личностным значением в виде «Утраты» (31,3%), «Угрозы» (37,5%), «Вызова» (25%) (Головизнина О.Л., 2004). Как правило, у каждого пациента имеет место один стрессовый фактор.

Из исследования исключались пациенты с шизоастенией при острых, подострых состояниях эндогенной природы; астеническим дефектом в рамках шизофрении; алкогольной и/или наркотической зависимостью; острой стадии соматических и неврологических заболеваний, наличием тяжелой сердечно-сосудистой, печеночной и почечной патологии; диагностически очерченным депрессивным эпизодом по МКБ-10 и генерализованным тревожным расстройством.

Длительность терапии Ладастеном составила 28 дней. Оценка состояния проводилась на день «0», «3», «7», «14», «21» и «28» от начала терапии. В первые две недели терапии Ладастен назначался в дозе 50-100 мг/сут в один или два приема в утренние и дневные часы, на третьей неделе — возможно увеличение дозы до 150 мг/сут в два приема. Терапевтическая доза у 61,5% больных составила 150 мг/сут, 30,8% — 100 мг/сут, 7,7% — 50 мг/сут. Исследование проведено на базе ИОКПБ №1 в отделении пограничных состояний №13 и дневном стационаре.

Анализ эффективности терапии проведен с использованием общепринятых 2-х субшкал шкалы общего клинического впечатления (CGI-S и CGI-I), шкалы оценки астении (MFI — The Multidimensional Fatigue Inventory), визуальной аналоговой шкалы астении (VAS-A). Расчет достоверности осуществлялся с использованием пакета Statistica 6.0 (Difference tests: r, %, means (Difference between two proportions)); анализ динамики редукции баллов по шкалам — с использованием парного двухвыборочного t-теста для средних. Сравнительный анализ базисных (общих) критериев астенических состояний (Смулевич А.Б. с соавт., 2009) в клинике ОА и РА проведен по методу определения их частоты в общей совокупности признаков (Реброва О.Ю., 2002).

Результаты. Среди пациентов с ОА и РА закончили исследование 26 человек (89,7%), выбыли из исследования 3 человека (10,3%): по одному больному в связи с неэффективностью терапии, ОРВИ, плановой госпитализацией в кардиологическое отделение. На фоне лечения Ладастеном среди закончивших исследование наблюдались следующие симптомы (нежелательные явления): тошнота (у 2-х больных), сонливость (у 2-х больных), головная боль (у 1-го больного), которые были кратковременные и не требовали отмены препарата.

Сравнительный анализ астенических состояний выявил достоверно большую представленность нарушений физической и умственной активности в группе больных ОА (p<0,05) по сравнению с группой РА. В структуре нарушений физической и умственной активности в обеих группах пациентов первое ранговое место по частоте занимает симптом отсутствие сил в покое с ощущением постоянной слабости (соответственно 34,6%/26 и 35,6%/20); значительно реже в группе ОА отмечалась мышечная слабость и снижение активности в

производственной и бытовой сферах (соответственно по 11,5%/26), в единичных наблюдениях эти симптомы выявлялись в группе РА. У пациентов с РА отсутствовал симптом сенсорной гиперестезии, напротив, в группе ОА был представлен в 11,5%/49 наблюдений. Нарушение концентрации внимания выявлены у половины пациентов группы РА (50%/20), в то время как в группе ОА — лишь у ¼ пациентов (26,9%/26).

В группе пациентов РА отмечена достоверно большая частота субсиндромальных депрессивных и тревожных расстройств ($p<0,03$) по сравнению с группой ОА. Структура блока субсиндромальных депрессивных и тревожных расстройств значительно «рассыпана» по своим проявлениям. Существенно отметить, что в клинике ОА отсутствуют симптомы пессимистического видения будущего, сниженной самооценки, идей виновности и уничтожения, повышенной пугливости. Близким по частоте в обеих группах пациентов РА и ОА оказалось наличие симптома сниженного настроения (соответственно 15%/80 и 12,2%/49). В группе ОА заметно возрастает частота раздражительности (24,5%/49 против 13,8%/80). Напротив, у пациентов РА в два раза чаще выявлены навязчивые тревожные опасения, отражающие психотравмирующую ситуацию (когнитивная тревога) (16,3%/80 против 8,2%/49), также как и симптом нерпеливости (8,8%/80 против 4,1%/49).

В группе пациентов ОА отмечена большая частота проявлений десинхронизации цикла «сон-бодрствование» ($p<0,04$) по сравнению с группой РА. При этом среди его различных проявлений большая частота сочетанных проявлений ночного сна в виде ранней и средней инсомнии выявлена в группе РА по сравнению с ОА (58,3%/12 против 36,8%/19). Напротив, у пациентов ОА по сравнению с РА отмечена большая частота гиперсомнии (избыточное количество ночного сна) и повышенной дневной сонливости (соответственно 8,3%/12 и 8,3%/12 против 21,1%/19 и 21,1%/19). В группе РА среди общей совокупности базисных критериев астенического регистра отмечена большая представленность соматовегетативных расстройств ($p<0,03$) по сравнению с группой ОА. Сниженный аппетит относительно чаще встречался в группе пациентов ОА по сравнению с РА (63,6%/19 против 40,7%/27); учащенное сердцебиение — в группе РА по сравнению с ОА (25,9%/27 против 18,2%/11); тошнота, приливы жара, ощущение спазма в горле при волнении выявлялись в единичных наблюдениях лишь у больных РА. Согласно субъективным жалобам, регистрировалась достоверно большая частота болевого синдрома у больных ОА ($p<0,03$) по сравнению с РА. В структуре болевого синдрома близкой по частоте в двух группах пациентов ОА и РА оказалась головная боль (соответственно 86,7%/15 и 80%/10), однако с большей частотой ее усиления при изменении метеоусловий у пациентов ОА по сравнению с РА (соответственно 46,2%/13 против 25%/8).

Выявлено статистически значимое снижение баллов по шкале VAS-A в результате терапии Ладастеном пациентов ОА и РА к концу первой недели (соответственно 32,8% при $p<0,01$ и 25,8% при $p<0,01$) с возрастанием достоверных различий на 3-ей неделе терапии у пациентов РА (65,6% при $p<0,001$) и на 4-ой неделе — у пациентов ОА (56,5% при $p<0,001$). В соответствии со шкалой MFI-

20 отмечено статистически значимое снижение баллов у пациентов ОА и РА к 14 дню терапии (соответственно 32,2% при $p<0,01$ и 34,6% при $p<0,01$) с той же достоверностью различий к концу терапии (соответственно редукция баллов на 46,8% при $p<0,01$ и 46,3% при $p<0,01$).

По шкале CGI—S на 14 день терапии отмечено статистически достоверное снижение количества пациентов ОА с умеренной степенью тяжести состояния ($p<0,01$) и статистически значимое увеличение количества пациентов с легкой степенью тяжести состояния ($p<0,01$). На заключительном визите (28-й день терапии) отмечено статистически большее количество пациентов ОА с «пограничным» состоянием (63,6%, $p<0,01$); «нормальным» — 18,2%, с умеренной и легкой степенью тяжести соответственно по 9,1%. В группе РА наблюдалось достоверное снижение количества пациентов с умеренной степенью тяжести состояния ($p<0,01$) на 7 день терапии, возрастание достоверных различий к 14 дню терапии ($p<0,001$). На заключительном визите состояние пациентов с РА оценено как «пограничное» в 62,5% случаях, «нормальное» состояние — 31,3%, легкая степень тяжести — 6,2%.

Эффективность терапии Ладастеном у пациентов ОА по критериям шкалы CGI-I «выраженное» и «незначительное» улучшение достигает достоверных различий к 14 дню терапии (соответственно $p<0,01$); к концу терапии — статистически значимо возрастает количество пациентов с «выраженным» улучшением (81,2%, $p<0,001$) и снижается число пациентов с «незначительным» улучшением (9,1%, $p<0,001$). В группе РА эффективность терапии Ладастеном по критериям «выраженное» и «незначительное» улучшение достигает достоверной разницы к 14 дню терапии (соответственно 75% и 25%; $p<0,01$ и $p<0,01$); к 21 дню терапии — статистически значимо возрастает количество пациентов с «выраженным» улучшением (93,8%; $p<0,001$) и снижается число пациентов с «незначительным» улучшением (6,2%; $p<0,001$).

Таким образом, проведенное сравнительное исследование базисных критериев астенических состояний в клинике органической астении (ОА) и расстройства адаптации (РА) выявило статистически достоверно большую частоту нарушений физической и умственной активности, признаков десинхронизации цикла «сон-бодрствование», наличие болевого синдрома в клинике ОА ($p<0,03$ до $p<0,05$). Напротив, в клинической структуре РА по сравнению с ОА отмечена достоверно большая частота субсиндромальных депрессивных и тревожных расстройств, а также соматовегетативных нарушений (соответственно $p<0,03$).

В результате кратковременной (28 дней) терапии Ладастеном число респондеров (редукция суммарного балла по шкалам от долечебного уровня на 50% и более) у пациентов ОА и РА по шкале VAS-A составила соответственно 54,5% и 93,3%; по шкале MFI-20 — 36,6% и 46,7%; патреспондеры (снижение баллов от 30% до 50%) по шкале VAS-A у пациентов ОА и РА соответственно 45,5% и 6,7%, по шкале MFI-20 — 63,7% и 53,3%. По шкале CGI-I к концу курса терапии Ладастеном у пациентов РА «выраженное улучшение» отмечено у 93,8%; среди пациентов ОА — 81,2%.

Заключение. Ладастен является эффективным препаратом в терапии органической астении — ОА (сосудистого, посттравматического, сочетанного генеза) и расстройств адаптации (РА). Значительная представленность соматовегетативных расстройств у больных РА и их положительная динамика может свидетельствовать в пользу наличия у Ладастена определенного вегетостабилизирующего эффекта. Коррекция астенических расстройств положительно сказывается на обратной динамике ситуационно обусловленных субсиндромальных депрессивных и тревожных расстройств в клинике РА. Меньшее число респондеров в группе ОА очевидно обусловлено стабильностью основного заболевания (сосудистого, посттравматического, сочетанного генеза), но с положительной динамикой астенического и болевого компонентов в его структуре. Положительный эффект выявлен на 1-2 неделе терапии в обеих группах больных. Отмеченные нежелательные явления в ходе лечения были кратковременные и не требовали дополнительных назначений для их коррекции.

Колягин В.В. Терапевтические и психотерапевтические технологии лечения гемблинга

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Патологическая склонность к азартным играм — гемблинг (gambling — игра с англ.) имеет хроническое прогрессирующее рецидивирующее течение с высокой коморбидностью психосоматических, аффективных и тревожных расстройств, злоупотребления психоактивными веществами и расстройств личности. Наиболее частым психическим расстройством сопутствующим гемблингу является депрессия. Завершенные суициды, суицидальные действия и мысли значительно преобладают среди игроманов, чем в общей популяции. Частота суицидальных попыток достигает 40%, суицидальных мыслей до 80%, а злоупотребления ПАВ, в том числе с синдромом зависимости до 60-70%.

В DSM—IV отмечены следующие диагностические критерии патологической зависимости от азартных игр: Охваченность азартными играми; Толерантность (потребность делать ставки в возрастающих количествах, чтобы достигнуть состояния возбуждения); Неспособность контролировать или прекратить игру и «погоня» за своими потерями, что неблагоприятно влияет на межличностные отношения, социальную и профессиональную деятельность индивида.

Толерантность, болезненное пристрастие, симптомы отмены и другие диагностические критерии гемблинга не отличаются от основных синдромов наркоманической зависимости, что позволяет думать о схожих нейрохимических механизмах при различных зависимостях и предполагает аналогичные терапевтические вмешательства.

Для установления коморбидной патологии требуется максимально полно собрать анамнез, выяснить употребление алкоголя, ПАВ, цели интоксикации ими, наличие суицидальных попыток, мыслей и аффективных расстройств. Для правильной диагностики необходимо определить причину начала и динамику развития гемблинга. Особое значение следует обратить на возможное наличие

биполярного аффективного расстройства, требующего адекватных психофармакологических подходов. Работая с такими пациентами, необходимо получить объективные сведения от родных или близких, так как игроманы недооценивают серьезность проблемы, не считают, что у них есть сформированная зависимость от алкоголя или других ПАВ, не замечают объективных признаков аффективного расстройства и др.

Известно, что серотонинергическая система ответственна за депрессивные расстройства, контроль побуждений, обсессивно-компульсивные нарушения. Для коррекции серотониновой медиации в головном мозге, наиболее современным подходом является назначение СИОЗС (золофт 50-100 мг, либо ципраamil или ципралекс по 10-20 мг) длительно, более полугода.

Для устранения вознаграждающих и подкрепляющих свойств гемблинга, уменьшения стремления играть, для коррекции импульсивного игрового и суицидального поведения, уменьшения влечения к ПАВ, можно использовать антагонист μ -опиоидных рецепторов- налтрексон. Основной механизм действия налтрексона связывают с модуляцией мезолимбических дофаминовых проводящих путей, ответственных за вознаграждение и подкрепление.

В значительной части случаев гемблинг относится к расстройствам биполярного спектра, что требует назначения стабилизаторов настроения. В настоящее время, наиболее эффективными лекарственными средствами с нормотимическим эффектом являются вальпроаты, особенно хроноформы (депакин-хроно и депакин хроносфера) дозировка которых может достигать 10-20-30 мг на кг.

Психологические интервенции в виде бихевиоральной и когнитивной психотерапии в комплексе с NLP-техниками могут значительно повысить эффективность фармакотерапии, корректировать дезадаптивное поведение и когнитивные ошибки (вера в везение - шанс и случайность, возможность прогнозировать, контролировать игру и др.), снизить мотивацию к гемблингу.

Колягин В.В. Диагностика психиатрами практического здравоохранения Сибири биполярного аффективного расстройства

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

До 70-х годов XX века в мировой психиатрии, маниакально-депрессивный психоз (БАР- название МДП сейчас) расценивался как редкое расстройство (0,5% населения), с типичной клиникой и благоприятным прогнозом, которое легко диагностировать и лечить.

В настоящее время, первоначальное представление о малой распространенности биполярного расстройства является несостоятельным — расстройства настроения с учетом эпидемиологических данных выдвинулись в число глобальных проблем XXI века. При этом, прогноз БАР не столь благоприятен, как предполагал создатель концепции МДП Эмиль Крепелин.

Современное представление — БАР широко распространенное, хроническое, инвалидизирующее заболевание, возникающее в молодом возрасте и

имеющее серьезные последствия, такие как длительная нетрудоспособность и высокий суицидальный риск. БАР занимает 6 место среди причин инвалидности и входит в список десяти самых значимых заболеваний населения по всему миру. До 90% больных перенесших эпизод расстройства настроения, имеют повторные обострения, 35-50% — становятся инвалидами, у 30% — наблюдается непрерывное течение болезни. БАР ухудшает межличностное и социальное развитие, ограничивает образовательные и профессиональные достижения у молодых пациентов, способствует формированию коморбидной психической и соматической патологии, в том числе ГТР, ОКР, зависимость от алкоголя и/или ПАВ, оказывает значительный урон, как для социальной адаптации пациентов, так и их семьям и обществу в целом. Суммарная частота расстройств биполярного спектра сопоставима и даже превышает частоту шизофрении и может достигать 5% в общей популяции.

Зачастую БАР остается невыявленным, диагностически недооцененным и без соответствующего лечения. До настоящего времени, лишь 10-20% всех депрессивных синдромов диагностировались как биполярные депрессии, а это значительно меньшего существующего положения. По результатам современных исследований: До 50% пациентов с аффективными нарушениями страдают биполярными расстройствами; Диагноз большого депрессивного эпизода включает до 40% пациентов с невыявленным биполярным расстройством II типа; В случаях коморбидности депрессии с паническими расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, злоупотреблением алкоголем и/или ПАВ, следует быть настороженным в отношении невыявленной биполярности.

У психиатров разных стран и школ нет единого понимания границ БАР. Традиционное мнение — биполярное расстройство и шизофрения, различные эндогенные заболевания, другие отдельные мнения — это единое аффективное расстройство с синдромом шизофрении в части случаев. Определено, что БАР и Sch развиваются на основе одних генетических дефектов (вариации SNP-однонуклеотидные полиморфизмы). Вероятно, БАР можно расположить между реактивно спровоцированными аффективными фазами при расстройствах личности и аффективно-бредовыми фазами/приступами при шизофрении.

На основании имеющихся в настоящее время данных, пока не представляется возможным создание единой концепции этиологии и патогенеза БАР. Первопричина формирования БАР остается неясной, а этиология и патогенез — до конца не известны. По-видимому, заболевание имеет множественный генез — отдельные предрасполагающие генетические и биологические факторы взаимодействуют с влияниями внешней среды и различными психосоциальными факторами (Мосолов С.Н, 2008).

За последние годы тактика терапии биполярного расстройства неоднократно пересматривалась в связи с разработкой и исследованием новых препаратов и методов. Благодаря появлению новых методов лечения и показаний, наблюдается рост понимания феноменологии и нейробиологии биполярного расстройства, а классификация и лечение заболевания стали гораздо более изощренными. Однако остается существенное отставание в выявлении и диагности-

ке биполярного расстройства (Malhi G.S.et all., 2009). Со времени манифестации первых симптомов заболевания, до диагностики БАР, в большинстве случаев проходит 10 и более лет.

При проведении обучающих программ «Bridge» — по диагностике и лечению биполярного аффективного расстройства, в 5 городах Восточной и Центральной Сибири (Ангарск, Чита, Улан-Удэ, Красноярск, Иркутск), с участием 200 врачей-психиатров практического здравоохранения, предварительным опросом выяснено, что диагноз «БАР» (МДП) не используется ими вообще и не отражается в отчетной документации либо в сравнении с диагнозом «Шизофрения», является крайне редким. Обучающие программы способствовали изменению взглядов врачей на проблему БАР.

Колягин В.В., Безбородова Н.В., Колягина В.В., Данилова Н.В., Кисель С.В.
Представленность биполярного аффективного расстройства в психиатрическом стационаре

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

У многих пациентов БАР долгое время остается нераспознанным. В связи с этим более 60% больных не получают лечения, либо оно не соответствует диагнозу или недостаточно эффективное. Пациенты с нераспознанным БАР II типа часто получают монотерапию антидепрессантами, приводящую к развитию резистентности, либо индуцированной гипомании/мании (рекомендуется назначение нормотимиков или их комбинации с антидепрессантами, лучше с СИОЗС).

К настоящему времени, во многих странах Европы, Азии и Северной Америки, спектр биполярных расстройств значительно расширен. Выделены следующие типы БАР:

БАР I типа — чередование депрессивных и маниакальных (смешанных) эпизодов;

БАР II типа — депрессивные эпизоды чередуются с эпизодами легкой мании (гипомании);

БАР III типа или циклотимия — хронические (не менее 2 лет) колебания настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и гипомании, никогда не достигающими умеренного уровня;

БАР IV типа — повторные эпизоды депрессии и индуцированная лечением антидепрессантами гипомания или мания. Это расстройство оценивается и как побочный эффект терапии, и как принадлежность к расстройствам биполярного спектра;

БАР V типа — ложное униполярное расстройство. 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.

Аkiskal Н. (2006), известный исследователь расстройств настроения, дополнил биполярный спектр рубриками:

Биполярное расстройство, демаскированное злоупотреблением алкоголем и наркотиками;

Гипертимная депрессия, формирующаяся на фоне постоянной акцентуации личности (гипертимный темперамент).

Введение концепции биполярного спектра — важный момент в изменении диагностики БАР.

Для диагностики БАР необходимо: Владеть навыками распознавания проявлений мании и смешанного состояния; Учитывать предшествующую депрессию гипоманию; Отслеживать спонтанную или индуцированную лекарствами гипоманию или манию; Знать, что рекуррентные депрессии до 1/3-1/2 случаев являются начальным этапом БАР.

К предположительным признакам БАР относятся: Развитие первого эпизода депрессии в детском или юношеском возрасте (до 20 лет); Тяжелая послеродовая депрессия; Острое начало депрессивного эпизода (за 1-2 дня); Частые эпизоды депрессии (1-2 за год); Атипичность депрессии; Повторные браки, в том числе с прежними супругами; Коморбидные заболевания — зависимость от алкоголя/ПАВ, ГТР, ОКР; Частая смена профессиональной деятельности; Чередующиеся успехи и неудачи в различных сферах жизнедеятельности.

Терапия БАР стабилизатором настроения (вальпроат, литий), с возможным сочетанием с антидепрессантом (лучше СИОЗ), с атипичным антипсихотиком, способна улучшить состояние пациентов и преодолеть негативные последствия болезни.

За 5 мес. 2010г. у 33 пациентов Пограничного № 14, Дневного и Детского №10 отделений ИОКПБ № 1, консультированных на кафедре психиатрии Иркутского ГИУВа (доц. Колягин В.В.), первично диагностировано «Биполярное Аффективное Расстройство». Возраст больных находился в диапазоне 12-60 лет. Из них, впервые в психиатрический стационар поступили 16 человек, у 17 «повторных» больных было по 2-10 госпитализаций; Средний возраст «первичных» пациентов составил 42,7 года, а «повторных» — 45,5 лет; Средняя длительность заболевания до диагностики БАР достигла 8 и 16 лет соответственно. Инвалидность имели 2/3 «повторных» пациентов.

Направительные диагнозы у всех больных не относились к биполярному расстройству и оценивались как: Большой депрессивный эпизод; Рекуррентное депрессивное расстройство; Расстройство личности; Шизоаффективный психоз; Шизофрения; ОКР; ГТР; Органическое поражение ЦНС, др.

Суициды в анамнезе были у 36,4% больных, 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), недостаточно эффективное, предварительное лечение предпринималось в большинстве случаев.

У всех пациентов получены положительные результаты лечения депакином-хроно в дозе 300-1200 мг/сут., в ряде случаев в сочетании с СИОЗС и в отдельных случаях с атипичным антипсихотиком. Больным проводилось психологическое образование, использовалась когнитивно-бихевиоральная коррекция и рекомендовалась долгосрочная продолженная терапия стабилизатором настроения.

Корнетов Н.А. О современном психосоматическом подходе

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

В медицине зеркально отражаются культура и философия европейского дуализма, оказывающее давление на сознание исследователя и врачебную практику. В крайних своих позициях эти взгляды приобретают формы психогенеза и соматогенеза в объяснении причин возникновения и развития патологических состояний и заболеваний. Понятно, что монокаузальное определение этиологии соматических заболеваний и психических расстройств вытекает из платоно-декартовской философии. Такое радикальное противопоставление консервирует линейно-детерминистские тенденции в медицине. Исследователи, стоящие на данных позициях, как правило, исповедуют узкопрофильный подход, в котором психическое и соматическое существуют по своим законам. Нервизм принес понимание, что высшая нервная деятельность является верховным регулятором телесных функций организма, но именно такая постановка вопроса привела к обеднению представлений об обратном непрерывном влиянии органов и систем организма на мозг, о взаимозависимых, сопряженных отношениях между собой и психикой и даже их целостном функционировании. Вряд ли имеется необходимость в обосновании идей соматопсихической целостности и особо подчеркивать, что не только мозг, но и сердце, желудок, печень, легкие, почки в силу их специализированных функций регулируются дифференцированными путями и имеют независимые свойства, не говоря уже о системах человеческого организма. В тоже время на общеорганизменном уровне все они находятся во взаимовлияющих межсистемных отношениях, включая природно-психические свойства индивида. «Ведь и «орлиное крыло», ставшее для нас символом всякого стремления ввысь — это «в сущности всего лишь» передняя лапа рептилии. Также и человек — далеко не «в сущности всего лишь» обезьяна» (К.Лоренц, 1994, с.226).

На практике достаточно многие страдания, которые соматически не определяются, часто не принимаются всерьез, хотя не подвергается сомнению дарвиновский естественный отбор, который тоже никто не видел. Опытные же клиницисты любого профиля прекрасно понимают роль личностного фактора, значение психосоциальных стрессоров, частую первичность психических расстройств в системе многофакторного анализа по отношению к проявлениям соматических страданий. Все более становится понятным, что внутренняя медицина без хорошего психотерапевтического сопровождения, при необходимости и психофармакотерапии, неполна и ущербна; что психические нарушения могут осложнять или сочетаться с соматической патологией, выступать как две

стороны одной и той же медали. Однако разрыв между специалистами по расстройствам психической и соматической деятельности остается чрезвычайно глубоким. Специалисты в сфере охраны психического здоровья рассматриваются на периферии соматической медицины, хотя четыре из них по бремени болезни входят в первую десятку: униполярная депрессия, биполярное расстройство, шизофрения и алкогольная зависимость. Психосоматический дуализм проводит демаркационную линию между психической организацией человека, его психическими расстройствами и морфофенотипической организацией, соматическими расстройствами, определяя подчеркнутую выше односторонность в представлениях о системных проявлениях реакций, болезней и патологических состояний. Психосоматический дуализм препятствует пониманию единства соматопсихического онтогенеза, дизонтогенеза и не способствует углублению наших представлений о парциальной или тотальной ретардации в развитии личности, искажениях в темпах роста и созревания, которые часто ассоциируются с морфодисплазиями и дисгармониями строения тела и его органов. Также мало внимания уделяется конституциональным дисфункциональным реакциям и состояниям по типу «эндокринопатического» и «энцефалопатического» пренатального дизонтогенеза как реализации дисгармоничного генотипа в проявлениях дестабилизированного фенотипа, хотя их распознавание отражают нарушение эволюции нервного аппарата и системогенеза мозга, что одинаково важно для всех медицинских специальностей (Корнетов Н.А., 1996). Именно такие пациенты являются частыми посетителями невропатологов, дерматологов, эндокринологов, гастроэнтерологов, кардиологов, психотерапевтов, детских психиатров и др.

Чтобы подчеркнуть и усилить представления о значении психологических факторов при соматических и психических заболеваниях, использовался психосоматический подход, который важен, прежде всего, для анализа генеза расстройств, а не клинической диагностики с расплывчатым, с точки зрения содержания и определения, термином «психосоматические расстройства» для обозначения различных диагностических категорий. В одном случае выделялись по Ф. Александру (1950) с расширением в МКБ-9 психосоматические заболевания с органическим повреждением тканей: астма, дерматит, экзема, язва желудка, мукозный колит, язвенный колит, уртикария, психосоциальная карликовость. В другом — психосоматические расстройства без органических повреждений тканей: психогенный кашель, аэрофагия, кардионевроз и т.п. Подчеркнем, что такого рода диагнозы и расстройства с данным названием ушли в прошлое. Как отмечает Lipovsky (1986) они исторически отражают первую фазу развития психосоматической медицины, которая сводилась к психическому детерминизму, психогенезу. Данные диагностические категории отсутствуют МКБ-10. Их нет в лексиконе психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (ВОЗ, 2001) Их нет в руководстве исследовательских диагностических критериях (ИДК-10), поскольку основные необусловленные соматическим заболеванием расстройства с прежним устаревшим названием «психосоматическое расстройство» без дальнейшего указания включается в

F48.9 — соматоформное расстройство, неуточненное. Множественное психосоматическое расстройство включается в F45.0 — Соматизированное расстройство, а основной перечень соматически необъяснимых нарушений включен в соматоформную вегетативную дисфункцию (F-45.3). Еще один момент, который требует завершения обсуждения терминологии, является образовательная программа ВОЗ по МКБ-10. В ней Термин «психосоматический» не используется для обозначения категорий в связи с различиями его значений в разных языках и психиатрических школах, а также потому, что использование этого термина может указывать на то, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении и исходе других заболеваний, в которых этот термин не применен

«Психосоматическое расстройство» также не рекомендуется к употреблению ввиду того, что психологические факторы играют большое значение при всех психических и поведенческих расстройствах, а также в общей медицине в целом. Выделение с такой терминологией определенных заболеваний и расстройств невольно принижает значение психологических и социальных факторов при других заболеваниях.

Перейдем к центральным проблемам психосоматической медицины (ПМ). Психосоматическая медицина как организованная область научного исследования и способа подхода к уходу за больным существовала в течение 50 лет. Она сосредоточивалась на исследовании взаимодействия психосоциальных и биологических факторов в здоровье и болезни. Несмотря на ее относительно недавнее происхождение, одна область медицинской методологии продолжает давнюю традицию в Западной мысли и медицине. Она касается реципрокных взаимоотношений между умом и телом как два интегральных аспекта человеческого организма. Другая традиция имеет свои корни в древней Греции и представляет контрапункт дуалистическим и редуccionистским концепциям. В данной традиции ПМ рассматривает психосоматическую реакцию слитно исходя из единой сущности человека. ПМ использовала три главных методологических подхода: психоаналитический, психофизиологический и психобиологический. Этим определением и историческим анализом развития психосоматической медицины.

Z.J.Lipovsky (1986) дал неоценимый вклад в определении сферы применения, задач и методов психосоматической медицины. Он критиковал устаревшие понятия психогенеза, поскольку это было несовместимо с учением о мультикаузальности, который представляет собой основной постулат текущего состояния психосоматической медицины. D.M Kissen (1963) практически в этот же период сделал важное уточнение, которое заключалось в следующем. Удельный вес социально-психологических факторов может варьироваться от одного лица к другому в рамках той же болезни, и подчеркнул основные концептуальные недостатки рассмотрения заболеваний, как однородных образований. Это же касается и выделения особых личностей при том или ином заболевании. Наши многолетние исследования различных нозологически ориентированных психических расстройств, язвенной болезни показали, что преморбидные осо-

бенности личности в своем психобиологическом ядре тесно связаны с определенными морфофенотипами конституции, различие которых определяет не тропизм заболеваний, к какой-либо из них, а различия в клинике, течении и прогнозе заболеваний (Корнетов Н.А., 2008). Поскольку G.A. Fava and Sonino (2010) представили детальный обзор современных работ по психосоматической медицины, которая в США стала 7 психиатрической субдисциплиной психиатрии, тесно соприкасается с консультативно связанной психиатрией, а по некоторым авторам входит в поведенческую медицину, остановимся на некоторых представлениях о психосоматическом подходе. Психосоматический подход сложно представить построенным на триединстве ЦНС, нейроэндокринной и иммунной систем. Эти системы обеспечивают в своей целостной связи и совокупности адаптацию к внешней среде, в том числе реакции на стрессовые события (Корнетов Н.А с соавт., 2003).

ЦНС благодаря корковой деятельности осуществляет контроль, расшифровку, интеграцию и передачу различных раздражителей, поступающих через сенсорные системы и рецепторный аппарат, в целом регулирует отношения между внешней и внутренней средой.

Лимбическая система является центральной системой висцерального мозга, которая оценивает и сравнивает с предыдущим опытом поступающие сигналы и отвечает за механизмы нейроэндокринных и эмоциональных реакций в ответ на стрессовые раздражители.

Гипоталамус представляет собой базальную часть межучного мозга, является его наиболее древней формацией и представляет собой эфферентное плечо висцерального мозга. Гипоталамус получает и интегрирует периферическую информацию от внутренней среды и поддерживает гомеостаз; регулирует симпатическую активность и эндокринную секрецию через связь с гипофизом и контролирует высвобождение АКТГ в ответ на стрессовые раздражители.

Влияние нервной системы (НС) на эндокринную систему осуществляется через секрецию гипофизарных гормонов, на иммунную систему через секрецию нейропептидов (энкефалин, эндорфин). Отношение между эндокринной и иммунной системами осуществляется через кортизол, пролактин, иммунотрансммиттеры.

Таким образом, современная психосоматическая медицина представляет собой интегративный целостный подход к проблеме тех проявлений психических и поведенческих расстройств, которые связаны с соматически необъяснимыми жалобами — соматоформными расстройствами. Собственно психосоматический подход исследует влияние стресса на соматическое состояние организма, а его связь или включение в поведенческую медицину определяется тактикой изменения неадаптивных форм поведения и научению адаптивных ее форм.

В этом аспекте отталкиваясь от трехфазных этапов адаптивного реагирования по Г.Селье (1960) в настоящий период выделяют психические, соматические и поведенческие проявления стрессовых стадий.

Стресс возбуждающая стадия (2 из ниже перечисленных): постоянное раздражение, постоянная тревога, периоды высокого артериального давления бруксизм (скрежетание зубами ночью), бессонница, забывчивость, ощущение сердца, необычный сердечный ритм, неспособность к концентрации, невнимательность.

Стадия 2 — энергосберегающая (2 из ниже перечисленных): опоздания на работу, откладывание дел со дня на день, около трех дней отдыха в неделю, постоянное утреннее утомление, включение в работу с опозданием, социальное удаление от друзей/семьи, циничное отношение, повышенная обидчивость, увеличение употребления алкоголя, увеличение употребления кофе, чая или колы, апатия.

Стадия 3 — истощения (2 из ниже перечисленных): хроническая печаль или депрессия, хронические желудочные или кишечные проблемы, хроническое психическое утомление, хроническая физическая усталость, выраженное стремление к избеганию общества, выраженное желание к избеганию друзей, работы и семьи может быть сильное желание совершить самоубийство

Представленные стадии отражают динамику развития психических расстройств и соматических дисфункций, начиная с психосоматических реакций и рефрактерных защитных неадаптивных механизмов. Важнейшим положением психосоматического подхода является распознавание и психотерапия ранних стадий психосоматических реакций на границе дистресса, которые необходимо видоизменить в психические и поведенческие позитивные паттерны совладания со стрессом.

Магонова Е.Г. Депрессия, связанная со стрессом, на этапе катамнестического наблюдения

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Материалы и методы. Обследованы 89 пациентов, обратившихся в ОГУЗ «Психотерапевтический центр г. Иркутска». Из них женщины — 86,5%, мужчины — 13,5%. Возраст пациентов на момент исследования составил 37,5±1,1 лет. Длительность психотравмирующей ситуации — 16,6±1,7 мес.; следующего за ней, как правило, впервые возникшей депрессией различной степени тяжести (ДЭ по МКБ-10) - 11,4±1,3 мес. На этапе актуального депрессивного расстройства проводилась монотерапия: стимулотон получали 43,9%, иные антидепрессанты (велаксин, вальдоксан, ципралекс, мелипрамин, амитриптилин) — 56,1%. Длительность терапии с оценкой эффективности по шкалам HDRS и HARS составляла 42 дня. Психотерапия сочеталась с психотерапией. На этапе оценки эффективности психотерапии психотерапевтическое вмешательство ограничивалось рациональной психотерапией; в дальнейшем — психотерапия проводилась в индивидуальной или групповой форме с применением методов когнитивно-бихевиорального и психодинамического направлений. Катамнестические сведения были прослежены у 46 пациентов (51,7%). Длительность катамнеза была не менее 6 мес. (в среднем - 17,9±1,7 мес.).

Результаты. В период катмнеза (n=46) предшествующий стресс-фактор(-ы) отсутствует — 43,5%, продолжает сохранять свою актуальность — 41,3%, присоединение дополнительных стресс-факторов — 15,2%. Среди стресс-факторов (субъективное значение по О.Л. Головизиной, 2004) в периоде катмнеза были актуальными: утрата близкого человека, объекта привязанности и любви, межличностных связей — 26,6 %; угроза собственному/семейному благополучию (главным образом, материальному) — 14,3 %; отвержение — 20,6%. В периоде катмнестического наблюдения прекратили терапию — 21,7%; продолжили/возобновили терапию — 78,3%.

По данным катмнеза ремиссия выявлена в 17,4 % случаев, число респондеров составило 39,1%, хронифицированный ДЭ (длительность 1,5 года и более) диагностирован в 10,9 %, рецидив депрессивного расстройства — 32,6 %. В группе пациентов, у которых в последующем осуществлялось катмнестическое обследование, индивидуальная или групповая психотерапия проводилась у 19 человек (41,3%). Мишенями психотерапии являлись доминирующие переживания по поводу психотравмирующей ситуации; депрессивный симптомокомплекс — «мрачное и пессимистическое видение будущего», «сниженная самооценка и чувство уверенности в себе», чувство беспомощности и желательности смерти; проблемы в межличностном общении. На момент катмнестического обследования у пациентов, проходивших психотерапию (n=19), в сравнении с группой пациентов, не получавших психотерапию (n=27), отмечено большее количество ремиссий и неполных ремиссий — соответственно 21,1% и 52,6% против 14,8% и 29,6%, а также в меньшем количестве выявлены рецидивы депрессии в рамках рекуррентного депрессивного расстройства — соответственно 21,1% против 40,8% и хронифицированный депрессивный эпизод — соответственно 5,2% против 14,8% (без статистических различий).

Окладников В.И. «Духовная доминанта» и психосоматическая патология

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В настоящее время нарастает тенденция рассматривать нервно-психическое здоровье на основе гармонии духовного, нервно-психического и физического уровней деятельности человека, именно эта концепция формирует новое направление в медицине — превентивную неврологию (Трошин В.Д., 2004). Учение А.А. Ухтомского о «духовной доминанте» отражает важный принцип, лежащий в основе интегративной деятельности головного мозга.

Духовная доминанта гармонизирует личность человека, нормализует психосоматический статус.

Под духовностью понимается ценностная ориентация, в основе которой лежит стремление человека к преодолению своей биологической природы и раскрытие человеческой природы с помощью творчества, альтруизма и религиозности. Это психическое состояние, детерминированное неокортексом, социумом и мирозданием, определяющее психические процессы, обеспечиваю-

щие способность сознания и личности работать с идеальными ценностями, это способность человека различать добро и зло, истину и ложь, красоту и уродство. Духовность является отличительной особенностью человека как вида homo sapiens. Духовный аспект персонологии интегрирует медицину, теологию и культурологию, он обогащает подход медико-биологический и завершает представление о личности человека (Авдеев Д.А., Невярович В.К., 2001). «...если бы пророческий иудаизм и христианство как его преемник впервые появились на свет в двадцатом веке, то их, вероятно, охарактеризовали бы не как религиозные учения, но как медицинские науки, родственные психиатрии, чье распространение в обществе связано с их успехами в излечении различных стадий болезни частично поврежденной человеческой личности» (Романидис И.).

Головной мозг человека является местом объединения рационального и иррационального восприятия мира. Сочетание сознательного и бессознательного создает условия для формирования **сверхсознательного** в личности человека. Под сверхсознательным понимают «неосознаваемое рекомбинирование ранее накопленного опыта, которое пробуждается и направляется доминирующей потребностью в поиске средств ее удовлетворения» (Симонов П.В., 1992). Сверхсознательное — это инструмент подключения субъекта к высшим общечеловеческим ценностям, к ноосфере. Мировоззрение и мировосприятие человека должны находиться в гармоничном единстве. Это — залог душевного здоровья человека и его психосоматического благополучия. «Если человек разбирается в тонкостях движения звезд и удаляется от своей души, то это дисгармония», — говорил Митрополит Антоний (2002).

Современный взгляд нейронауки на природу человека включает несколько установочных парадигм: натурализм (объект развития: организм — среда); социоморфизм (индивид-социум); культурализм (личность — канон культуры); теологизм (человек — Божество); гносеологизм (человек — объект познания); антропологизм (соборность — событийная общность) (Слободчиков В.И., Исаев Е.И., 1998). Антропологизм с этих позиций считается универсальной парадигмой, приводящей к формированию самобытной личности.

При этом искажение гармоничной природы человека близко понятию греха, присущего роду человеческому. Это — хорошо известные **обсессивные** варианты (**obsession**, навязчивость, одержимость) — демпфирование, акцентуация. Нам представляется необходимым выделять также **посессивные** варианты (**possession**, полное овладение, бесноватость) — это — амальгамирование, химеризация, декомпенсированная акцентуация, деперсонализация, мозаичный тип личности, именно в состоянии посессии совершаются суициды, нарушается психическое состояние человека в криминальной толпе. На этой дисгармоничной основе формируются все патологические, аморальные, криминальные и деструктивные поступки человека. «Всякая неупорядочная душа сама по себе несет свое наказание» (Августин А.). По-видимому, об этом говорил также Махатма Ганди: «Семь смертных грехов в сегодняшнем мире: богатство без труда, удовольствие без совести, знания без характера, бизнес без морали, наука без

человечности, религия без жертвенности и политика без принципов». «Сегодня с горечью приходится признать, что эволюция человека повернулась вспять, то, что сегодня происходит, можно назвать антропологической контрреволюцией» (Вальцев С.).

Дисгармония личности приводит к возникновению многочисленных проблем, включая угрозу самоуничтожения человечества. Оно может произойти, когда деструктивные тенденции дисгармоничной части человечества достигнут критической величины. Это имел в виду К.Г. Юнг, говоря, что «будущее человечества подвешено на тонкой нити, название которой психика человека».

Суть проблемы — «во внутреннем мире, кризисе самого человека, его разладе с реально существующим миром — миром, как никогда стремительно и радикально меняющимся прямо на глазах. И человек волей-неволей вынужден признать, что ключ к спасению заложен в нем самом, в его внутренней трансформации», — писал в 1977 году Аурелио Печчеи, основатель и президент Римского клуба. Эту необходимую трансформацию он назвал Человеческой революцией и Новым Гуманизмом. «Человеческое развитие представляет собой ту цель, на достижение которой должны быть направлены концентрированные совместные усилия всего человечества» (Печчеи А., 1985). Новый Гуманизм — это восстановление гармонии каждого человека в отдельности и через нее — сохранение стабильности и здоровья человечества в целом.

На основании проведенных исследований можно считать, что методы клинической персонологии могут способствовать решению этой актуальной и перспективной задачи.

Душевно-личностная гармония, основанная на установлении информационно-энергетического асимметричного равновесия психических функций и установок в рамках «золотого интервала», является необходимым условием для развития человека. При этом достигается **личностно-соматическая интеграция**, необходимая для лечения и профилактики личностно-соматической дисфункции; при этом становится успешной социализация индивидуума, когда дефектные личностно-типологические качества не нужно прятать за фасадом фальшивой сардонической улыбки; совершенствуется **душевное состояние** человека, что проявляется уменьшением тревожности и депрессии; гармония личности создает основу для резонанса индивидуума с космическим информационным потоком, с ноосферой, при этом мобилизуется **духовная** составляющая человека.

Поставить **«духовный диагноз»** человеку (Мелехов Д.Е.) так же важно, как и определить его психо-соматическое состояние. Целенаправленный процесс адаптации и самоактуализации, субъективно воспринимаемый человеком как ощущение благополучия и счастья, возможен только с нормализацией типа личности и его адаптационного состояния. «Одухотворенность — это внутреннее возрастание», — писал Митрополит Антоний.

Духовный мир человека — прежде всего творчество. Оно может быть направлено на создание новых идей и творений, но оно также должно быть использовано для совершенствования внутреннего мира самого человека. «Разви-

тие индивидуальной личности и всех присущих ей свойств — вот, по моему мнению, телескоп наш против недугов века, клонящегося к закату» (Пирогов Н.И.). Духовная доминанта определяет ценностные ориентации и психотип человека, состояние его нервно-вегетативной и соматической сфер. Ибо сказано: «Блаженны нищие духом» (то есть блаженны, стремящиеся к духовному росту).

Персонология может быть методом, позволяющим достичь психо-вегетативно-соматического благополучия (коррекция сенсорики и эмоциональной сферы), повысить социальную адаптацию (коррекция рационально-логических функций) и установить гармонию личности с мирозданием, с ноосферой, с Абсолютом (интуитивно-духовное постижение, инсайт). Выдающийся отечественный психиатр профессор Д.Е. Мелехов (1997) говорил: «для нас это — великий путь эволюции и космогенеза, который естественно завершается новым этапом Духовного Царства и расцвета личности...» Совершенство себя, мы изменяем мир внутри и вокруг нас!

Синтез знания и духовности является методом преобразования мира. Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий (Святитель Лука) говорил: «Нам нужно живое знание и зрячая вера, и только их синтез и неразрывная связь откроют возможность творческой жизни, ибо творят жизнь мудрые, окрыленные верой».

Перчаткина О.Э., Костин А.К., Гуткевич Е.В., Семке В.Я. Психосоматические нарушения в клинике диссоциативных психических расстройств

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Настоящее время характеризуется неуклонным ростом распространенности психосоматических расстройств среди различных групп населения во всех экономически развитых странах мира (Дробижев М. Ю., 2001; Положий Б. С., Беляева Г. Г., 2003; Семке В. Я., 2003). Для теоретической и практической психиатрии остается важным исследование сопряженности психосоматических заболеваний и пограничных психических расстройств, что может быть основой для разработки патогенетически обоснованной дифференцированной системы лечения и профилактики.

Существует множество попыток объяснить происхождение психосоматических нарушений. Длительное время подчеркивалось значение особенностей личности в возникновении психосоматических нарушений (например, были описаны "коронарная", "аллергическая", "гипертоническая", "ревматоидная" и др. личности). Позднее полагали, что возникновение конкретных психосоматических нарушений предопределено устойчивостью определенных эмоциональных состояний. В настоящее время ученые склоняются к концепции многофакторного патогенеза психосоматических нарушений и объясняют их не личностной структурой, а специфическими психологическими, генетическими и социальными факторами. Подчеркивается значение генетически заданных свойств человека, в том числе психических; повышенной уязвимости отдельных органов, обусловленной родовыми травмами, соматическими заболеваниями-

ми и физическими повреждениями в младенчестве, детстве и юности; взаимоотношений в семье, способов реагирования личности в критических ситуациях.

Невротические расстройства, представляя собой срыв адаптации, вне зависимости от причины, ее вызвавшей, развиваются по механизмам дезадаптации-адаптации биологической системы к изменившимся условиям внешней или внутренней среды и часто сопровождаются теми или иными психосоматическими заболеваниями (Семке В.Я., Гуткевич Е.В., Иванова С.А., 2008). Проявления психической дезадаптации в основе своей являются комплексом гомеостатических и адаптационных реакций и имеют под собой материальную основу, никогда не протекая на чисто функциональной основе. Нарушения механизмов регуляции, авторегуляции психических процессов под влиянием психотравмирующих факторов приводят к дисфункции всех гомеостатических систем организма (Васильев В.Н. с соавт., 2005; Медведев М.А. с соавт., 2005). Вегетативная нервная система, выступающая в роли посредника между центральной нервной системой и внутренними органами, регулятора всех жизненных процессов в организме, «проводника» эмоциональных состояний, становится важнейшим органом выражения «аффекта», гораздо более информативным, чем многие формы поведения, нередко всецело контролируемые волей. Наряду с этим современные исследования психических расстройств подтверждают их биопсихосоциальную природу. Согласно диатез-стрессовой модели биологический диатез (биологическая уязвимость) выливается в болезнь при условии воздействия неблагоприятных психофизиологических, психологических и социально-психологических факторов, что наиболее ярко видно на примере развития диссоциативных психических расстройств (Гурович И.Я., 2000; Гуткевич Е.В., Семке В.Я., 2004).

В клинической картине любого психического заболевания имеются соматические симптомы, которые в некоторых случаях преобладают настолько, что это сказывается на диагностике. В последние годы отмечается возрастание процессов соматизации. Клиническая картина соматических расстройств диссоциативного (истерического) генеза достаточно полно представлена во многих монографиях (Канарейкин К.Ф., Бахур В.Г., Манвелов Л.С., 1992). В целом, возникновение соматических расстройств на фоне диссоциативных изменяло их клинические проявления. В легких случаях реакция на соматическое заболевание была чисто истерической: гиперболизация имевшихся патологических ощущений, повышенная внушаемость и самовнушаемость. При массивном воздействии соматогении наблюдалась трансформация истерической симптоматики в астено-депрессивные, астено-ипохондрические, обсессивно-фобические состояния. Общая картина невроза отличалась чрезвычайной красочностью, динамичностью, сменяемостью болезненных проявлений, стремлением привлечь внимание. Однако до настоящего времени не решен вопрос, о сопряженности данных психических расстройств с различными видами психосоматических расстройств.

Наши исследования показали, что переход к затяжному варианту динамики психического расстройства сопровождался сосредоточением на мельчайших

соматических отклонениях («ипохондрический эгоцентризм»), поиском определенной выгоды из болезненного состояния, усугублением «бегства в болезнь», механизмом нозофилии. Было обнаружено значительное возрастание ипохондрической симптоматики в группе затяжного течения диссоциативных расстройств (33,4%) по сравнению с группой острого и подострого варианта (11,4%). Отмечено своеобразие течения соматических болезней у лиц с истерической патохарактерологией в связи с их склонностью к удержанию по истерическим механизмам симптомов, которые наблюдались в период самого страдания, но с выздоровлением должны были бы регрессировать. Нередко у одного и того же больного имело место комбинирование жалоб невротического характера и жалоб, обусловленных истинным соматическим заболеванием.

Наблюдалось значительное нарастание соматической патологии у лиц с затяжным течением диссоциативных расстройств, так как в большинстве случаев у одного пациента сочеталось несколько соматических заболеваний различных органов и систем. Наиболее достоверно было увеличение случаев заболевания артериальной гипертензией (31,33%) и различных дисгормональных расстройств (37,5%), а также связанных с последними железодефицитных анемий различной степени тяжести. В то же время при неврозах несколько выше число вегетативных дистоний и заболеваний щитовидной железы.

При диссоциативных расстройствах возростала частота заболеваний системы дыхания (бронхиальная астма и гипервентиляционный синдром — ГВС). Дыхательная система имеет наивысший индекс психосоматичности (Семке В.Я., Куприянова И. Е., 2002). Дыхание является двигательным актом, оно выступает как средство выражения в сфере межличностных отношений и является выразителем внутреннего состояния человека. ГВС можно определить как патологическое состояние, проявляющееся полисистемными психическими, вегетативными, алгическими и мышечно-тоническими нарушениями, нарушениями сознания, связанными с первичной дисфункцией нервной системы психогенной или органической природы, приводящее к расстройствам нормального и формированию устойчивого патологического паттерна дыхания, который проявляется увеличением легочной вентиляции неадекватно уровню газообмена в организме. Сложность клинической картины ГВС связана с тем, что жалобы, которые предъявляют больные неспецифичны и могут быть характерны для различных заболеваний, в частности, для диссоциативных расстройств. Классическая триада симптомов — усиленное дыхание, парестезии и тетания — встречается достаточно редко. Больные ощущают ком в горле, непрохождение воздуха в легкие, ощущение препятствия на пути проникновения воздуха, при этом они чаще всего указывают на уровень верхней трети грудной клетки, «зажатость» дыхания внутри или сдавления снаружи, невозможность иногда совершить глубокий дыхательный акт или моментами «закованность» грудной клетки. Это один из тех вариантов, которые были названы «атипичная» астма, хотя ранее относились к проявлениям «истерического комка». Гипервентиляционные обмороки — наиболее яркие проявления церебральной дисфункции у больных ГВС. Менее выражены изменения сознания — неясность зрения, «туман»,

«сетка», затемнение перед глазами, сужение полей зрения и появление «туннельного» зрения, переходящее в амвроз, шум в голове и ушах, головокружение, неустойчивость при ходьбе, ощущение нереальности. Часто наблюдаются парестезии, покалывания, онемение, чувство ползания мурашек и др., что является не только классическими и наиболее частыми признаками ГВС, но и часто диагностируется в рамках различных истерических состояний.

Одним из распространенных психологических качеств пациентов с психосоматическими расстройствами системы пищеварения являлась алекситимичность. В целом анализ личностных особенностей свидетельствовал о том, что язвенная болезнь (ЯБ) встречалась у женщин со смешанными чертами личности, в основном истерическими (истероэпилептоидными, истероэпилептоидными, истеропсихастеническими, мозаичными). Указанные черты предполагали наличие разноплановых тенденций в паттерне реагирования на различные обстоятельства: вытеснение негативных эмоций не было полным, но и торможение аффекта было не абсолютно. Личности смешанного типа имели низкий порог стрессоустойчивости, легко дезадаптировались социально. Для женщин с синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК) обнаружена зависимость с истерическими и тормозимыми чертами характера.

Анализ личностных особенностей у мужчин показал, что ЯБ чаще встречалась у лиц при психастеническом и тормозимом типах. У данных личностей в конфликтных переживаниях преобладали аутоагрессивные тенденции, они долго сохраняли негативные эмоции. Наибольшее число случаев составили пациенты с ЯБ, у которых было отмечено неблагоприятное сочетание истероэпилептоидных и истеропсихастенических черт. Мужчины с СРТК отличались возбужденными, истероэпилептоидными, истерическими и истеропсихастеническими чертами личности. Эти типы личностей объединяли эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность к воздействию внешних факторов.

В психологическом «портрете» пациентов с психосоматическими заболеваниями пищеварительного тракта в ходе обследования обнаруживался высокий удельный вес патохарактерологических качеств: ригидность (75,3%), тревожность (71,3%), мнительность, (67,3%), «ипохондрический эгоцентризм» (66,0%), астеничность (65,3%), раздражительность и дистимичность (63,3%), сенситивность (52,0%), демонстративность и «жажда внимания» (48,7%), алекситимичность (45,3%). Отмечено большое количество сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым приходилось сталкиваться в первую очередь врачам соматического профиля и лишь затем, чаще через несколько лет, пациент попадал к психиатру.

В настоящее время взаимосвязь между особенностями психических расстройств, психологическим стрессом и соматическими заболеваниями представляется довольно тесной. Если несколько десятилетий назад считалось, что течение только некоторых заболеваний (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь и т. д.) подвержено значительному влиянию психологических факторов, то в настоящее время почти все соматические болезни, начиная от простуды и заканчивая онкологической патологией, считаются до

известной степени «психосоматическими». Соматогенные проявления способствует затяжному течению невротических расстройств, углублению «бегства в болезнь», постепенному ослаблению связи клинической динамики с психогенными воздействиями.

Петрунько О.В., Хамарханова А.А., Швецова А.В. Генерализованная тревога в клинике эндогенной депрессии

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Целью настоящего исследования явилась оценка роли генерализованного тревожного расстройства в формировании типа депрессии.

Материалы и методы. В исследование включены 50 больных (женщин — 41 (82%), мужчин — 9 (18%)), средний возраст к началу исследования — 44,5±1,5 лет. По тяжести депрессивного эпизода (ДЭ по МКБ-10) больные распределены следующим образом: ДЭ средней степени тяжести — 27 (54%), тяжелый ДЭ без психотических симптомов — 23 (46%); по типу течения — единичный ДЭ — 11 (22%), рекуррентное депрессивное расстройство — 36 (72%) и актуальный ДЭ в рамках биполярного аффективного расстройства — 3 (6%). Значительная часть больных — 20 (40%) перенесли от 4 и более ДЭ с начала болезни. Средний суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона (17 пунктов) на момент включения в исследование составил 22,5±0,4 балла, по шкале общего клинического впечатления CGI-S (тяжесть состояния) — 3,5±0,7. Использован инновационный подход к определению типа депрессии исходя из наличия гипотимии, в том числе с тоскливым оттенком, а также сопутствующего депрессии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV (1994) либо его субклинических проявлений (Бобров А.С., 2010).

Результаты. На материале настоящих наблюдений выделено 4 типа депрессии: депрессивный эпизод (ДЭ) с наличием гипотимии и сопутствующими депрессии субдиагностическими проявлениями ГТР — 6,0%; тревожная депрессия в виде гипотимии (без тоскливого оттенка) и сопутствующего депрессии диагностически очерченного ГТР — 60,0%; тоскливо-тревожная депрессия с тоскливым оттенком гипотимии и сопутствующим депрессии диагностически очерченным ГТР — 20,0%; тоскливая депрессия с тоскливым оттенком гипотимии и сопутствующими депрессии субдиагностическими проявлениями ГТР — 4,0%. Из дальнейшего анализа была исключена группа пациентов с тоскливой депрессией в связи с малочисленностью наблюдений. Проанализированные группы достоверно отличались по тяжести ДЭ, представленности симптоматики ГТР по DSM-IV и наличию вегетативных расстройств (в рамках реактивной лабильности, в ответ на незначительное физическое напряжение, перманентные/пароксизмальные неспровоцированные проявления вегетативных расстройств). Так, пациентов с ДЭ и субдиагностическими критериями ГТР в отличие от пациентов с тревожным и тоскливо-тревожным типом депрессии отличает меньшая степень тяжести ДЭ (умеренный ДЭ в 75,0%), наличие вегетативной реактивной лабильности (66,7%), меньшая представленность симптомов

ГТР («перекрывающихся») с симптомами ДЭ), таких как быстрая утомляемость ($p < 0,01$), расстройство концентрации внимания с/или нарушением кратковременной памяти ($p < 0,01$) и раздражительность ($p < 0,01$ и $p < 0,03$ соответственно), наличие типичного суточного ритма. К возможным критериям выделения типа депрессии можно отнести и особенности расстройств сна, наличие атипичной симптоматики в структуре депрессии, коморбидную пароксизмальную тревогу.

Заключение. Наличие/отсутствие диагностических критериев генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV можно считать важным критерием определения типа депрессии.

Прокопьева М.Л. К оценке соматизированной депрессии с рекуррентным и биполярным течением

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

Целью настоящего исследования являлось оценка клинических особенностей соматизированной депрессии при монополярном рекуррентном и биполярном течении.

Материалы и методы. Группа больных (60 человек, женщин 32 — 53,3%; мужчин 28 — 46,7%) с соматизированной депрессией в структуре рекуррентного депрессивного (28 человек — 46,7%; из них женщин 15 — 53,6%, мужчин 13 — 46,4%) и биполярного аффективного расстройства 2 типа (32 человека, 54,3%; женщин 18 — 56,3%, мужчин 14 — 43,7%). Средний возраст составил — $42,5 \pm 1,5$ года. Методы исследования включали клинико-психопатологический, с использованием шкалы Гамильтона, клинико-катамнестический с наблюдением на протяжении не менее 3-х лет (средний срок катамнеза — 6,5 лет).

Результаты. В первой группе, с монополярным течением, дебют заболевания чаще развивался в осенний период (11 человек — 39,29%), на втором месте стояли зимние месяцы (8 — 28,57%), 6 случаев (21,43%) пришлось на весну и 3 — 10,7% — на летний период. Отчетливый сезонный ритм был выявлен у 20 больных (71,4%) данной группы, из них в 6 наблюдениях (30%) рецидивы симптоматики приходились на зимний период, а у 9 больных (45%) повторные фазы продолжались весь осенне-зимний период. В клинической картине депрессии данных больных (15 человек, 53,6%) с высокой частотой встречались — сонливость, повышенный аппетит, предпочтение углеводной пищи, существенное повышение массы тела, т.е. особенности характерные для «зимней депрессии» (Rosenthal N.E. et al., 1984; Kasper S. et al., 1989; Lam R.W., 1998; Lewy A.J. et al; Симуткин Г.Г., 2002). Значительный удельный вес в клинической картине данной группы занимали алгии различной локализации — 87,36% (миалгии и артралгии — 72,15%, цефалгии — 65,32%, кардиалгии — 55,11% и патологические сенсации со стороны органов пищеварения — 28,97%). Модальность аффекта у большинства данной группы (66,67%) носила тоскливый оттенок, в 25,33% — апатический и 8% — тревожный.

Среди пациентов второй группы (биполярное течение) инициальный депрессивный эпизод аффективного расстройства почти с одинаковой частотой регистрировался в осенний, зимний и весенний сезоны — 31,25%, 28,13% и 25% соответственно, и лишь в 5 — 15,62% — летом. В дальнейшем течении заболевания в 17 наблюдениях (60,71%) отмечалась сезонность. В 10 случаях (58,82%) — фазы провоцировались осенью и/или весной, в 7 (41,18%) носили затяжной характер с персистированием симптоматики в течение осенне-весеннего периода. Клиническая картина депрессии у данных пациентов отличалась выраженностью тревожного радикала и сочетанием с соматоформными симптомами вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы (учащенное сердцебиение, тахикардия, нестабильность АД — у 23 человек, 71,43%); верхнего и нижнего отдела ЖКТ (затруднение при глотании, чувство дискомфорта, вздутие в животе, тошнота, позывы на рвоту, частый жидкий стул — у 16, 50%), и у 6 пациентов (18,75%) отмечались симптомы вегетативной дисфункции дыхательной системы (чувство нехватки воздуха, одышка).

Заключение. Сезонный паттерн отмечен более чем в половине наблюдений соматизированных депрессий, вне зависимости от их проявления в структуре рекуррентного депрессивного или биполярного (2 тип) расстройства. Однако, при этом, выявлены существенные различия в клинических особенностях депрессивных фаз. В структуре рекуррентной депрессии преобладает тоскливая модальность аффекта, в сочетании с алгическими сенсациями и чертами свойственными «атипичной» депрессии. В случае депрессивных фаз с соматизацией в структуре биполярного расстройства доминирует тревожная модальность аффекта, а соматизированные симптомы представлены преимущественно явлениями соматоформной вегетативной дисфункции. Полученные данные имеют значение в диагностике, прогнозе, выборе терапии.

Рожков А.В. К изучению депрессивных расстройств с агрессивными тенденциями

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В современной психиатрической литературе (Van Praag H., 1999) постулируется существование биологического механизма, опосредующего связь, в структуре аффективных расстройств — депрессии, тревоги и агрессивности посредством нарушения функции серотонин-зависимых нейромедиаторных систем в сочетании с дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной оси. Предлагается выделения особого типа «провоцируемой стрессом, индуцируемой кортизолом, связанной с серотонином тревожноагрессивной» депрессии. У лиц страдающих данным типом депрессии предполагается акцентуация невротических черт личности и сниженная толерантность к психотравмирующим событиям. Высокий уровень тревоги в структуре депрессии, нередко определяет явления соматизации.

Цель исследования. Оценить клинические особенности рекуррентной депрессии с наличием агрессивных тенденций в аспекте взаимосвязи агрессии, тревоги и соматизации.

Задачи: 1) Определить клинические особенности агрессивных тенденций у пациентов с депрессией. 2) Установить характерные личностные особенности больных депрессивными расстройствами с агрессивными тенденциями. 3) Оценить связь агрессивности, тревожности и соматизации в структуре депрессии.

Материалы и методы. Группа пациентов отделения пограничных состояний с рекуррентной депрессией (18 человек) в возрасте от 21 до 67 лет (средний возраст $42,3 \pm 13,2$ года). Среди них 12 (66,7%) — женщин и 6 мужчин (33,3%). Методы исследования включали: клинко-психопатологический, тест Вагнера «Рука», опросник Басса-Дарки, Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Шкала оценки реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, тест опросник САН. Для обработки данных применялась программа Statistica 6.0 для Windows.

Результаты. Выделялись 2 группы пациентов:

1) с выраженным проявлением гетероагрессивности (высокие показатели индекса агрессивности — свыше 24 и враждебности — свыше 10 баллов по тесту Басса-Дарки; высокий уровень агрессивности по тесту «Рука» Вагнера; клинически обнаруживающие явления раздражительности, несдержанности, требовательности к окружающим) — 10 пациентов (55,6%);

2) с высокой аутоагрессивностью (высокие показатели по шкале вины — свыше 6 баллов по опроснику Басса-Дарки, с наличием суицидальных мыслей) — 8 пациентов (44,4%).

В группе больных с преимущественно гетероагрессивными тенденциями преобладали женщины 9 человек (90,0%). По преморбидным характеристикам преобладали мозаичные личности с чертами истерошизоидных (7 человек, 70%). Почти в половине наблюдений (4 пациента, 40%) гетероагрессивные тенденции в структуре депрессии у них сочетались с явлениями соматоформной вегетативной дисфункции со стороны сердечно-сосудистой системы, но лишь в 3 наблюдениях (30%) они обнаруживали высокий уровень тревожности, из них 2 человека обнаруживали алекситимию.

В группе с доминированием аутоагрессивных тенденций большинство пациентов были мужчины (5 человек, 67,5%). У всех — выявлялся высокий уровень личностной тревожности, ситуационная тревожность имела высокие показатели у 7 человек (87,5%). 3 человека (37,5%). По тесту Мини-Мульт в 75% случаев они обнаруживали высокий пик по шкале ипохондрии. В клинической картине депрессии больных данной группы, в большинстве случаев (62,5%) выявлялись выраженные «соматические» симптомы, в частности снижение аппетита и редукция массы тела. Кроме того в 75% случаев больные выявляли высокий уровень алекситимии.

Заключение. Установлены существенные различия в ассоциации агрессии, тревоги и соматизации в структуре депрессии в зависимости от преобладания

гетероагрессивных, либо аутоагрессивных тенденций. У пациентов с доминированием гетероагрессии обнаруживается высокая частота акцентуации мозаичного (истерошизоидного) типа в преморбиде, соматизированные симптомы выявляются менее чем в половине наблюдений, при этом преобладают явления соматоформной вегетативной дисфункции со стороны сердечно-сосудистой системы, не характерны проявления тревожности и алекситимии. Депрессии с аутоагрессивными тенденциями, напротив, чаще наблюдаются у лиц мужского пола, с выраженным тревожным радикалом в структуре личности (чаще сенситивно-шизоидного типа). Такие особенности ассоциированы с частотой депрессивной соматизации, отражающей «витальные» характеристики аффективного синдрома.

Собенников В.С. Соматизация — психопатологический и патогенетический анализ

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

Со времен античности, сформировалось три основных направления концептуализации патологических состояний с наличием соматизированных симптомов: учения об истерии, ипохондрии и меланхолии. В последующем содержание этих клинических категорий неоднократно видоизменялось, патологические состояния объединялись, растворяясь одно в другом, либо вновь рассматривались отдельно. Можно отметить, однако, общую тенденцию более значимой оценки патологических сенсаций в рамках концепции ипохондрии (Jahrgreis W., 1930), в противовес придания ей факультативного значения при истерии и меланхолии.

С конца 19 века, после окончательной дифференциации данных клинических понятий, (в том числе и в связи с вычлениением из истерии — третичного сифилиса и эпилепсии, а ипохондрии — гастроинтестинальных заболеваний), концепция ипохондрии приобретает приоритетное положение в клиническом анализе расстройств с доминирующей соматизированной симптоматикой (хотя сама ипохондрия ещё в конце 19 века, представляла собой вариант неврастении). Выдвигаются представления о ценестезии или общей чувствительности и её расстройстве — ценестопатии (Dupre E., Camus P., 1907), которое становится базисным элементом теории ипохондрии. Формулируются критерии ипохондрии — «охваченность переживанием реальной или мнимой физической или психической болезни» (Gillespie R.D., 1928). Выделяется две её формы: сенсо-ипохондрия — с преобладанием расстройства ценестезии, а также идеоипохондрия, с определяющими клинику навязчивыми и сверхценными ипохондрическими образованиями и вторичным нарушением ценестезии (Leonhard K., 1961). С этого периода, ипохондрия теряет статус отдельной болезни и большинством исследователей рассматривается как синдромальное, либо метасиндромальное образование, (определяющее содержание, а не структуру синдрома), которое может наблюдаться при депрессии, тревоге, шизофрении, иных расстройствах (Фильц О.В., 1993; Смулевич А.Б., 1996; Wollenberg R., 1904; Feldman H., 1972;

Robbins J.M., et al., 1996; Gureje O., et al., 1997; Noyes R.J., et al., 1997). Парадигма ипохондрии не претерпела существенных изменений до настоящего времени. Наметилась лишь тенденция ограничения клинического понятия «сенестопатии» соматоформными нарушениями шизофренического генеза, в то время как аналогичные состояния в рамках пограничных нарушений и расстройств аффективного спектра стали обозначать «патологические телесные ощущения» (Смулевич А.Б., с соавт., 1992). Собственно ипохондрическими признаются расстройства пограничного уровня с преобладанием когнитивных нарушений и витальной озабоченностью, т.е. идеоипохондрические по К. Leonhard (1961).

Первое систематическое клиническое исследование феноменологии соматизированных нарушений при истерии было выполнено Paul Briquet — «Traité Clinique et Therapeutique de L'Hysterie» (1859). Дальнейшее изучение истерии представителями психоаналитического направления (Breuer J., Freud S., 1956) способствовало формированию таких основополагающих понятий как диссоциация, конверсия, соматизация, которые до настоящего времени рассматриваются в аспекте психологической защиты и соотносятся с гипотетическими механизмами истерических нарушений. Важными (но не определяющими) признаками истерических расстройств, признается ситуационная зависимость, символическое отражение психотравмирующих воздействий, «прекрасное равнодушие» и «условная желательность», а также лабильность, эмотивность симптоматики. Истерическая соматизация феноменологически характеризуется представительством преимущественно в сфере произвольной иннервации, а также образностью, достигающей степени телесных фантазий (Буренина Н.И., 1997), а также предметностью — «гвоздь», «клубок». Такая клиническая феноменология отражает меньшую спаянность с личностью соматизированных расстройств истерического генеза, их инструментальный характер, что обнаруживает преимущественно социальную, а не витальную озабоченность личности. Именно клинические описания П. Брике, а также теоретические представления об истерической соматизации, определили выделение в 1980 году в Американской классификации DSM-III, соматизированного расстройства, вначале обозначаемого как синдром Брике или «полисимптоматическая истерия» (Guse C.V., 1975; Ford C.V., 1983; Cloninger C.R. et al., 1986; Lloyd G., 1986; Escobar J.I., et al., 1987). Всемирная организация здравоохранения стала использовать это клиническое понятие с начала 1993 года (Dilling H., et al., 1991, 1994; Rief W., 1995). В современной Американской классификации DSM-IV классические проявления истерической соматизации включены в кластер «конверсионное расстройство», собственно же соматизированное расстройство феноменологически в большей степени соотносится с «сенсоипохондрией» К. Леонгарда. В МКБ-10 рубрика «конверсионное расстройство» отсутствует вообще, поэтому проявления истерической соматизации оказались искусственно разделены. Частично они включены в раздел «Диссоциативные расстройства» (псевдосоматические симптомы в пределах произвольной иннервации), частично — «Соматоформные расстройства» («предметные» ощущения). Такое разделение способствует диагностической неопределенности, кроме того, по мнению G.N. Saxe с

соавт. (1994), 64.0% больных с диссоциативным расстройством отвечают критериям соматизированного расстройства.

Начиная с работ З. Фрейда, в возникновении психосоматических нарушений, универсальное значение придается тревоге. Автор ограничивал соматоформные симптомы тревоги (потливость, головокружение, дисфункции желудочно-кишечного тракта), возникающие вследствие прямой трансляции психического напряжения в соматическую сферу, от конверсионных, связанных с деятельностью «Я» по нейтрализации фрустрирующих конфликтных переживаний и переводу их «суммы возбуждений» в область телесности. Исследования последних десятилетий подтверждают неоднородность «соматической», в т.ч. свойственной паническим состояниям и «фобической», «когнитивной», осознаваемой тревоги (Калинин В.В., 1996; Cloninger G.R., et al., 1990). В кругу соматоформных нарушений также выделяются оппозиционные состояния с преобладанием чувственных и идеаторных нарушений в сфере соматопсихики: соматизация и ипохондрия.

В рамках учения о меланхолии, соматизированные нарушения нашли наиболее полное освещение в исследованиях посвященных «ларвированной», «маскированной» депрессии (Десятников В.Ф., 1975; Ануфриев А.К., 1978; Невзорова Т.А. с соавт., 1982; Foncega A.F., 1963; Lopez Ibor J., 1972; Kielholz P., 1973). Клинически ориентированные авторы приводят подробную феноменологию аффективных соматизированных расстройств. К проявлениям соматизации депрессии относятся, как известные проявления чувственного переживания депрессии и тревоги, так и сложные «патологические телесные ощущения» сенестоалгического и сенестопатического типа. Согласно психодинамической концепции, соматизация при аффективной патологии представляет защитный механизм, направленный против осознания депрессивного аффекта. На клиническом уровне это выражается формированием картины «депрессивных эквивалентов», «маскированных» форм депрессии, ипохондрии и психосоматических расстройств (Lesse S., 1974). Тревога в структуре аффективных состояний также может проявляться в виде психосоматических симптомов (May R., 1979). Как считает Heimann H. (1973) при аффективной патологии, одной из проблем является разграничение между конверсивными симптомами тревоги и психосоматической манифестацией депрессии. Для их дифференциации приводятся такие признаки соматизированных симптомов при тревожных расстройствах, как ограниченность во времени рамками, например панической атаки, либо их исчезновение при удалении фобического стимула (Rief W., 1995). Тревога сопровождается переживанием вегетативной активации — учащение пульса, повышение температуры тела, гипергидроз, увеличение мышечного напряжения (Watel C.W., 1966), хотя данные вегетативные ощущения не всегда соответствуют реальным физиологическим изменениям (McLeod D.R. et al., 1986). Соматизированные симптомы депрессивного генеза включают такие проявления как снижение аппетита и либидо, нарушения сна, патологические ощущения с суточным ритмом (Rief W., 1995). Можно заметить, что взгляды представителей клинического и психодинамического направлений сближаются в аспекте

дифференциации аффективных соматизированных симптомов, с одной стороны тех, что представляют прямую «трансляцию» аффекта в область телесности, с другой — соматизированных симптомов, в структурировании которых обнаруживается некая «деятельность Я», с его историей, конфликтами, копинг-стратегиями, когнициями. Феноменологически такие симптомы могут отражать как чувственный опыт, так и абстрактные знания.

Согласно современной точке зрения, соматизация это "...патологический процесс, выражающийся вовлечением вегетативно-соматических, в том числе вегетативных, нейроэндокринных, иммунных, обменно-трофических дисфункций в общую клиническую картину того или иного психического заболевания" (Краснов В.Н., 1998). В клинических исследованиях выделяются, по крайней мере, 3 её формы, ассоциирующиеся с различными социодемографическими и поведенческими характеристиками больных — собственно соматизация, ипохондрия и соматическая презентация депрессии и тревоги (Kirmayer L.J., et al., 1991). Очевидно, что формирование стойкого патологического состояния с персистирующими соматизированными симптомами требует определенной предрасположенности.

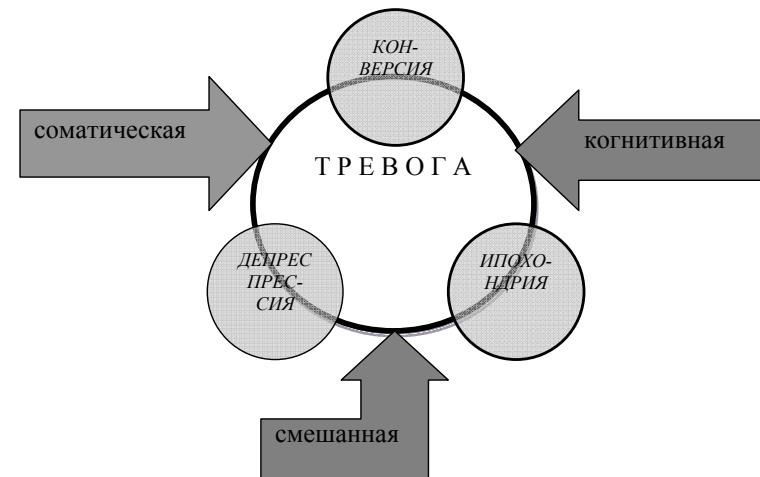
В настоящее время, в аспекте объяснения механизмов соматизации предлагается концепция личностных расстройств с врожденной или приобретенной соматосенсорной сверхчувствительностью (somatosensory amplification — SA) (Barsky A.J., et al., 1988; Aronson K.R., et al., 2001; Fabbri S., et al., 2001; Sayar K., et al., 2005). Лица с SA воспринимают соматические ощущения более интенсивно, с оттенком болезненности и опасности (Barsky A.J., et al., 1988). Выделяется три компонента SA: 1. телесная сверхбдительность, которая влечет постоянное самонаблюдение и повышенное внимание к неприятным телесным ощущениям; 2. тенденция фокусировать внимание на относительно слабых и редко проявляющихся ощущениях; 3. тенденция оценивать неоднозначные и неясные висцеральные и телесные ощущения, как ненормальные, свидетельствующие скорее о патологии, чем рассмотрение последних как вариант нормы (Duddu V., et al., 2006). Такая когнитивная оценка определяет настороженность и тревогу относительно телесной перцепции и предположительно является промежуточным звеном между актом восприятия телесных ощущений с одной стороны и ипохондрическим фабулированием, а также поведением, с другой.

Важным следствием данных представлений является, на наш взгляд, подтверждение выдвинутого ещё З.Фрейдом положения о значении тревоги, как наиболее тесно связанного с личностью аффекта, в структурировании соматизированных симптомов. На феноменологическом уровне, в зависимости от клинико-патогенетических закономерностей и ассоциации с иными симптомами она может проявляться как тревога соматическая (соматизированная депрессия, истеродепрессия, соматоформные расстройства), т.е. субъективно не идентифицируемая больными, смешанная — когнитивно-соматическая (континуум депрессивно-ипохондрических состояний) и когнитивная с фобическим поведением (континуум истероипохондрических расстройств) рисунок 1.

Ключевой проблемой является этиопатогенетическая оценка данных нарушений. Одним из таких механизмов может быть стресс (Вельтищев Д.Ю., с соавт., 2008). Влияние длительных стрессирующих воздействий на развитие депрессии находит подтверждение в экспериментальных исследованиях (Willner P., 1997), а этиопатогенетическое значение стресса для развития невротических и соматоформных расстройств подразумевается по определению. По мнению Stein D.J., с соавт., (2008) взаимодействие генов и средовых влияний может проявляться преобладанием в каждом конкретном случае соматизированных, депрессивных или тревожных симптомов, а коморбидность отражает наличие неких общих механизмов, разделенных в ходе эволюционного развития. Предлагается рассматривать подобные состояния как самостоятельную диагностическую группу, а дифференциацию внутри её, проводить в соответствие с выраженностью расстройств, как это принято в диагностике депрессии (Nickel R., et al., 2009).

Рисунок 1.

Схема соотношения феноменологических вариантов тревоги и психопатологических типов соматизированных расстройств



В отечественной литературе, ещё более полувека назад, феномен соматизации нашел обоснование в концепции «койнестопатии» М.И.Аствацатурова (1939), постулирующего внутреннюю связь ощущений центрального генеза с эмоциями, посредством системного анатомофизиологического единства. В основе такого взаимодействия, согласно А.Д. Зурабашвили (1970), лежат присущие всем живым существам, механизмы сигнализации о неблагополучии в форме боли. В процессе филогенеза, боль (или условнорефлекторное ожидание её), преобразуется в эмоцию страха, а страх, приближаясь к регистрам личности, принимает характер депрессивного переживания. Данные представления

подтверждаются при статистическом факторном анализе психопатологической структуры коморбидных соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств. Установлена тенденция к взаимной координации аффективно-соматоформных симптомокомплексов, внутри единого пространства с координатными осями, представляющими континуум депрессия — тревога и идеопохондрия — сенсоипохондрия (Собенников В.С., 2001).

Представление аффективных состояний в виде континуума от тревоги до депрессии согласуется с положением о сложной структуре аффективного синдрома, включающей основные элементарные аффекты — тоску, тревогу и апатию (Вертоградова О.П., 1998). Такой подход, базируется на более широкой трактовке понятия «аффект», исходя из семантики его первоначального значения, как «модуса бытия» (Спиноза Б., цит. по Вельтищеву Д.Ю., с соавт., 2008). В рамках означенных сочетанных нарушений, это позволяет соотносить понятие «аффект» и «аффективные расстройства» как с депрессией, так и тревогой. Также, с учетом принятого в психиатрической литературе множественного значения термина «депрессия» (как синдромального образования, аффективного состояния, нозологической сущности), в контексте данного обсуждения, более корректно будет оперировать понятием — «гипотимия».

Клиническая фактология и теоретические обоснования позволяют рассматривать сочетанные соматоформные и аффективные расстройства, как состояния промежуточные, между расстройствами аффективного и невротического регистра — аффективно-невротические расстройства. Их клиническая структура и динамика определяется глубинными механизмами взаимодействия и взаимовлияния, таким образом, что явления невротогенеза реализуются только на основе тимопатии, а клиническая манифестация и динамика аффективного расстройства невозможна без триггерного участия невротических механизмов. Данное положение подкрепляется указаниями на связь соматизированных симптомов в структуре затяжных депрессивных состояний, с психологическими процессами (Kuhn R., 1973; Angst J., et al., 1984).

Основываясь на приведенных данных и концептуальных представлениях, становится возможным очертить общее психопатологическое пространство соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств (рисунок 2). В соответствии с психопатологической структурой и в зависимости от выраженности депрессивных, либо тревожных компонентов, а также соотношения соматизированных, и ипохондрических феноменов, весь их спектр, ранжируется относительно двух взаимопересекающихся осей — аффективной, тимопатической (ось депрессия-тревога) и невротической (ось соматизация-ипохондрия). Каждая из них представляет собой непрерывный континуум состояний с разным участием аффективных и невротических механизмов формирования. При этом альтернативное, оппозиционное положение занимают лишь крайние состояния каждого континуума. Если анализировать континуум аффективных состояний депрессия-тревога, такую позицию может занимать «эндогенорморфная» депрессия с соматическими симптомами (тоскливый аффект, агедония, психомоторное торможение, редукция витальных влечений, суточный ритм, периодическое тече-

ние) с одной стороны и генерализованное тревожное расстройство (диффузная когнитивная и соматическая тревога) — с другой. Вторая ось образована континуумом соматопсихических расстройств от нарушений с доминированием чувственных элементов, до состояний с преобладанием идеаторных ипохондрических феноменов. Эмоциональным базисом расстройств в рамках невротической оси выступает континуум соматическая тревога (соматизация) — смешанная — когнитивная (ипохондрия).

Исходя из данного принципа группировки, центральное положение, в области пересечения осей, очевидно, должен занять симптомокомплекс с преобладанием явлений «негативной» аффективности (Смулевич А.Б., с соавт., 1997) и изменением общей чувствительности в виде диффузного снижения чувства витальности — *vigor vitalis*. Такой психопатологической структуре соответствует сочетание апатического аффекта, с наличием «стабильной и глобальной анестезии без признаков её болезненности» (Вельтищев Д.Ю., с соавт., 2008) и переживание утраты жизненного тонуса с чувством физической слабости, мистическим оттенком телесного восприятия, бессилием — «астеноапатическая гипотимия» (Собенников В.С., 2001). Действительно, утрата энергии и утомляемость выражены у 73% больных депрессией (Lecrubier Y., 2006). Подобные особенности клиники депрессии, выделены, как характерные, среди пациентов общесоматической поликлиники с наличием соматизированных расстройств (Степанов И.Л., 1991). Именно психопатологические элементы астеноапатической гипотимии формируют основу диффузного чувства изменения жизнедеятельности, физического неблагополучия — «девитализацию» по Alzen V. (1961), что в свою очередь, способствует оформлению чувства беспомощности и безнадежности, которое трактуется как центральный компонент содержательной стороны депрессии (Schmale A.H., 1972). При рассмотрении расстройств пограничного уровня, подчеркивая тесную связь эмоционального переживания, астении и диффузного изменения телесной чувствительности, А.К.Ануфриев (1985) выделял «астено-девитализационную дистимию», как один из вариантов «внутренней первоосновы невротической структуры» при невротической депрессии и ипохондрии. Очевидно, что на чувственном уровне данное состояние характеризуется тесной спаянностью с диффузным изменением общего чувства тела — «коэнестезиопатией».

Представляя собой центральное звено, астеноапатическая гипотимия, при включении личностно-реактивных механизмов, становится основанием для более дифференцированных аффективно-соматоформных симптомокомплексов, тимопатический базис, которых носит смешанный, тревожно-депрессивный характер. Типологические особенности данных симптомокомплексов зависят от доминирующего модуса личностного реагирования, определяющего направление невротического синдромогенеза. Так, в зависимости от индивидуально-личностных особенностей, тревога в структуре аффективно-соматоформных нарушений, может реализоваться соматическим, либо когнитивным вариантом, или, как результат интрапсихической переработки — вуалироваться процессами соматизации и деперсонализации. При этом на клиническом уровне проис-

ходит формирование спектра тревожно-депрессивных расстройств, отличающихся механизмами переработки тревоги и степенью её осознания. В зависимости от уровня осознания тревоги, выделяются две оппозиционные пары состояний: первая — паника (соматическая тревога) и анестетическая гипотимия (деперсонализация), вторая — тревожная (когнитивная тревога) и соматизированная (соматизация) гипотимия. Необходимо заметить, что первый элемент каждой пары отличается более высоким уровнем осознания тревоги, тогда как в клинической картине второго — тревога трансформирована в иные психопатологические феномены. Соответственно на схеме они располагаются в зонах доминирования тревожного, либо депрессивного аффекта. В психопатологическом отношении выделенные расстройства, по-видимому, не представляют собой окончательно дифференцированные, стабильные состояния. Это подтверждается тенденцией к их видоизменению в динамике.

Завершенные психопатологические состояния характеризуются большей выраженностью черт, определяющих тяготение к невротическому, либо аффективному регистру. На нашей схеме они представлены во внешнем поле означенной плоскости (рисунок 1). В зависимости от преобладания соматизированных или ипохондрических элементов в их клинической структуре, также можно выделить два ряда состояний. В первом случае это — социальные фобии (главным образом зретофобия), агорафобия, ГТР, навязчивости в форме овладевающих ощущений (Смулевич А.Б., с соавт., 1992) и, далее, нозофобия. Во втором — соматизированная депрессия с преобладанием телесных фантазий (Буренина Н.И., 1997), либо витальных ощущений, а также депрессия с меланхолическим, деперсонализационным (в т.ч. с нигилистическим фабулированием) и ипохондрическим радикалом.

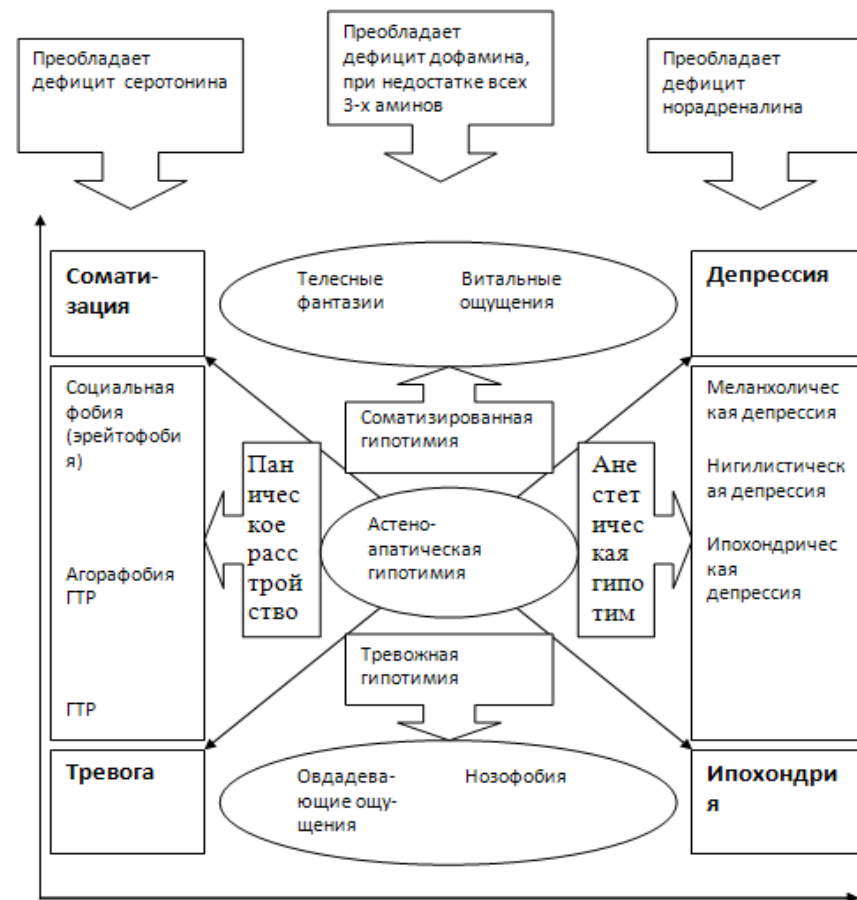
Предложенная схематическая группировка аффективно-соматоформных состояний, в сочетании с данными функциональной психопатологии, предполагает возможность формулировки неких обобщенных терапевтических рекомендаций. Согласно современным представлениям (Stahl S.M., 2005), относительный дефицит дофамина — определяет агедонию, аспонтанность, уплощенный аффект, апатию, эмоциональную отгороженность, а также когнитивные затруднения (нарушение плавности мышления, трудности абстрагирования). Дефицит серотонина опосредуют такие симптомы как приступы паники, сниженное настроение, тревога, фобии, obsessions и compulsions, булимию. Относительное снижение норадренергической медиации сопровождается снижением настроения, трудностью концентрации внимания и нарушениями памяти, замедлением информационных процессов, моторной заторможенностью, болевыми ощущениями и утомляемостью.

Сопоставление клинко-психопатологических особенностей расстройств в рамках выделенных состояний и данных функциональной психопатологии позволяют констатировать дефицит серотонина при формировании нарушений расположенных слева от центра выделенной координатной сетки и выбор для их терапии препаратов из группы СИОЗ. Состояния, локализующиеся в правой части, вероятно, связаны с относительным дефицитом норадреналина, по-

этому предпочтителен выбор СИОЗН (лудиомил, миансерин), а также (с учетом типичности нарушения циркадианных ритмов) — Вальдоксана. С преобладанием дефицита дофамина, на фоне недостаточности всех трех моноаминов, очевидно, необходимо связать развитие аффективных расстройств располагающихся в центральной зоне (астеноапатическая гипотимия и примыкающие к ней состояния — паника, тревожная, соматизированная и анестетическая гипотимии) — рисунок 1. Терапия данных нарушений требует применения полимодальных препаратов (имипрамин, велаксин в высоких дозах).

Рисунок 2

Схема единого психопатологического пространства аффективно-соматоформных расстройств



Конечно, терапия аффективно-соматоформных расстройств, принимая во внимание симптомы, ранжирующиеся по оси соматизация-ипохондрия, должна обязательно быть комбинированной, включающей иные классы психофармакологических средств (транквилизаторы, малые нейролептики, антиастенические, ноотропные). В зависимости от доминирования соматизированных, либо ипохондрических симптомов, могут быть рекомендованы транквилизаторы в случае расстройств, расположенных в верхней трети координатной плоскости (социальные фобии, телесные фантазии, витальные ощущения). Тимотранквилизаторы (алпразолам) предпочтительны при расстройствах, принадлежащих к центральному уровню (агорафобия, паника, соматизированная, тревожная, анестетическая гипотимия). Нейролептики (тералиджен, этаперазин) показаны при наличии расстройств локализующихся в нижней трети координатной плоскости (ГТР, овладевающие ощущения, нозофобия, сверхценная ипохондрия).

В заключении следует подчеркнуть, что предлагаемая схематическая группировка аффективно-соматоформных расстройств, в рамках обобщенной психопатологической модели, носит достаточно условный, не претендующий на обоснование всех связей и отношений характер. Однако, на этапе недостаточной клинической определенности обсуждаемых расстройств, может служить неким вспомогательным ориентиром при практической диагностике и выборе терапии, особенно в общемедицинском звене.

Стоянова И.Я., Семке В.Я. Концепция клинической персонологии в аспекте психосоматических расстройств

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Настоящее сообщение посвящено рассмотрению защитно-совладающей системы человека с позиций концепции персонологии (Семке В.Я., Стоянова И.Я. 2007-2010). В рамках этой теоретической модели одним из факторов психосоматогенеза является недостаточность функционирования защитно-совладающей (адаптивной) системы. Предполагается, что способами соприкосновения личности с проблемной ситуацией становятся стили психологической защиты и стратегий совладания. Именно эти феномены в дальнейшем обеспечивают способности разрешения возникающих затруднений, возможности для формирования ресурсов и обретения нового опыта либо становятся предикторами внутриличностных конфликтов.

Адаптивный комплекс рассматривается как системное образование, обладающее защитными и стратегическими функциями. Он включает различные подсистемы адаптивного свойства и рассматривается как специальная система психологической стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, кризисами, состояниями тревоги и дискомфорта, что позволяет осознанно применять копинг-стратегии в сложных жизненных ситуациях.

С позиций концепции клинической персонологии, переживание проблемной ситуации может способствовать формированию избыточного психоэмоционального перенапряжения, изменяющего привычные способы взаимодействия человека с миром. При этом основу персонифицированных (искаженных) взаимодействий с социумом составляет специфическая система защитно-совладающего комплекса, которая становится все более диспластичной, ригидной. Таким образом, психосоматическое расстройство можно квалифицировать в качестве нарушенной соматической и психической деятельности, которая формируется в результате недостаточной функциональности психологической защиты и стратегий совладания, а также нарушением их соотношения в адаптивной системе.

При создании концептуальной модели защитно-совладающего комплекса и выделении алгоритмов психологической защиты и стратегий совладания, мы исходили из предположения о том, что эффективность комплекса обусловлена системным взаимодействием всех его уровней, проявляющихся в аспекте взаимодополнения. Его эффективность определяется ведущей ролью конструктивных стратегий совладания и соподчиненной — психологической защиты. Изучая внутрисистемные взаимодействия между уровнями комплекса, можно определить эффективность каждого в аспекте следования логике самоорганизации и их соотношение в адаптивном комплексе.

Применение концепции персонологии оказалось продуктивным при изучении широкого спектра психосоматических расстройств. Она получила экспериментальное подтверждение при изучении защитно-совладающих проявлений у пациентов с гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты свидетельствуют о том, что каждый из уровней защитно-совладающей системы, включая неосознаваемые способы психологической защиты и осознанные стратегии взаимодействия, у людей без нарушений психического здоровья являются более функциональным по сравнению с нозологическими группами. В рамках психосоматических расстройств адаптивный комплекс обладает меньшей конструктивностью. Это проявляется в преобладании психологической защиты над стратегиями совладания, а также функциональной трансформации копинг-стратегий в неэффективные защитные механизмы.

В экспериментальном исследовании принимали участие 111 пациентов обоих полов с клиническими диагнозами, сформулированными на базе МКБ-10 и 51 человек без нарушений психического и соматического здоровья. Программа психологической диагностики включала опросники «Индекс жизненного стиля» (Вассерман Л.И., Клубова Е.П., 2004), «Копинг- стратегии» (Найм Э., 2005), «Ситуативной и личностной тревожности» (Спилберг-Ханин, 1998), методы математической статистики.

Результаты исследования показали, что достоверные различия между пациентами с гипертонической и язвенной болезнью выявлены в показателях психологической защиты (ПЗ) по типу «регрессия», которая преобладает при язвенной болезни. У пациентов с гипертонией преобладают ПЗ по типу «интел-

лектуализация» и «реактивные образования».

Напряженность психологической защиты «реактивные образования», характерная для пациентов с психосоматическими нарушениями, проявляется в преувеличенном развитии противоположных мыслей, чувств или поступков при избегании неприятных с целью сохранения благоприятной самооценки и снижения уровня тревоги. Высокие значения этого способа психологической защиты снижают возможности применения других, более адаптивных в контексте жизненной ситуации и затрудняют социальную адаптацию.

Показатели копинг-стратегий у пациентов с гипертонической болезнью, так же, как и у пациентов с язвенной болезнью желудка отражают неэффективность стратегий совладания, которые особенно избыточны в эмоциональной сфере.

В комплексной адаптивно-защитной системе у пациентов с психосоматическими нарушениями преобладает психологическая защита ($0,001 < p < 0,01$). Преобладание защитных уровней над адаптивными стратегиями порождает несоответствие при взаимодействии с реальностью в виде снижения поисковой активности, пассивности, статичности, ригидности, гипертрофированного искажения действительности, механическом перенесении надситуативного опыта в жизненный контекст, формировании фиксированных форм поведения.

Таким образом, с позиций концепции клинической персонологии, в рамках которой представлена системно-уровневая модель защитно-совладающего комплекса, рассмотрены показатели психологической защиты в норме и психосоматических расстройствах. Проведенное исследование доказывает, что в нозологических группах психологическая защита отличается большей напряженностью, избыточностью, а стратегии совладания — меньшей эффективностью. У пациентов уровни защитно-совладающего комплекса не обладают специфической направленностью и дублируют друг друга, формируя неэффективные внутрисистемные взаимодействия.

Перспективы применения концепции клинической персонологии в клинической и психологической работе обусловлены поиском эффективных программ психологической помощи и способов превенции, направленных на расширение конструктивного спектра защитно-совладающих способов социального взаимодействия пациентов.

Чернышева К.Г., Симуткин Г.Г. Хронология формирования паттерна течения депрессивных расстройств по типу «двойной депрессии»

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Актуальность. Современные исследования показывают большое разнообразие клинических фенотипов депрессии и диапазон этого разнообразия колеблется от коротких до продолжительных депрессивных эпизодов с различными степенями тяжести. При этом нередко отмечается наложение друг на друга различных фенотипов депрессивных расстройств (J. Angst et al., 2007). В последние годы активно обсуждается проблема так называемой «двойной депрессии»,

т. е. случаев наложения депрессивного эпизода на дистимию (M.B. Keller, 1983; D.N. Klein et al., 2008). Наиболее типичным паттерном формирования двойной депрессии является начало расстройства с дистимии и последующее присоединение эпизода большой депрессии. D.N. Klein et al. (2006) считают, что принципиально развитие двойной депрессии может происходить по следующей схеме: 1) сначала дистимия, а затем добавляется депрессивный эпизод или 2) «преодоление» депрессивного эпизода, но в течение 2 лет сохраняются остаточные депрессивные симптомы, соответствующие критериям дистимии.

Цель исследования. Оценить хронологию формирования паттерна течения депрессивных расстройств по типу «двойной депрессии».

Материалы и методы. В соответствии с целью исследования было обследовано 30 человек, находившихся на лечении в отделении аффективных состояний клиник НИИПЗ СО РАМН. В исследуемую группу вошли 30 человек (4 мужчины и 26 женщины, соотношение м:ж=1:6,5) с депрессивным эпизодом, рекуррентным депрессивным расстройством в коморбидности с дистимией. Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил $45,5 \pm 15,1$ года.

Последовательность формирования двойной депрессии представлена следующим образом: в 60% случаев развитию депрессивного эпизода предшествовало хроническое расстройство настроения, длящееся, по крайней мере, 2 года; у 40% пациентов начало расстройства сопряжено с четким эпизодом большой депрессии.

Заключение. Приведенные выше данные указывают на то, что наиболее типичным паттерном формирования двойной депрессии является начало расстройства с дистимии с последующим присоединением депрессивного эпизода. В целом, можно заключить, что формирование двойной депрессии является признаком утяжеления клинической ситуации и предиктором более серьезных последствий для соответствующей когорты пациентов.

Ясникова Е.Е. Некоторые психосоматические аспекты опийной наркомании

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Основным и самым стойким симптомом наркоманий является патологическое влечение к наркотику (ПВН), которое входит в структуру синдрома психической зависимости. Патологическое влечение к психоактивному веществу определяют как первичную патологию нервно-психического характера, представляющую собой аномальную нервную активность, организованную в систему с доминантными свойствами (Альтшулер В.Б., 1994; Чирко В.В., Демина М.В., 2002). ПВН является самостоятельным психопатологическим образованием, которое может проявляться нарушениями различного уровня: идеаторного, аффективного, вегетативного, поведенческого и сенсорного. Диагностические критерии ПВН включают: 1) облигатные (высоко специфичные, «большие») — наличие мыслей о желании употребить наркотик (идеаторный компонент), аффективные нарушения (гипотимия, тревога, дисфория, эмоциональная лабиль-

ность), нарушения сна, поведенческие (психопатоподобные) расстройства; 2) факультативные (второстепенные, «малые») — сомато-вегетативные нарушения, сновидения наркотической тематики, установка на лечение и степень критики к болезни (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001).

Целью нашего исследования явилось выявление взаимосвязей ПВН у больных героиновой зависимостью с вегетативными и гуморальными показателями в абстинентный и ранний постабстинентный период.

Методы и методы. Было проведено обследование 156 пациентов мужского пола, проходивших стационарное лечение по поводу купирования опийного абстинентного синдрома в Иркутском областном психоневрологическом диспансере. Контрольную группу составили 80 практически здоровых, сопоставимых по возрасту мужчин, никогда не употреблявших наркотики. Проводилась количественная (балльная) оценка тяжести облигатных и факультативных критериев патологического влечения к наркотику (ПВН) по шкале М.А. Винниковой (2002). В сыворотке крови больных радиоиммунологическим методом определяли содержание трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), пролактина (ПРЛ). Из биохимических показателей в сыворотке крови с помощью стандартных методик клинической лаборатории определяли уровень сахара, билирубина, общего белка, трансаминаз с расчетом коэффициента Де Ритиса ($KP = \text{АСТ}/\text{АЛТ}$), тимоловой пробы. Исследование вегетативной нервной системы осуществлялось с помощью методик, предложенных А.М. Вейном (2000). Проводилась регистрация систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений и частоты дыхательных движений в покое. Состояние вегетативного тонуса оценивалось по вегетативному индексу Кердо (ВИ). Для характеристики межсистемных отношений рассчитывался коэффициент Хильдебранта (КХ). Измерения проводились в динамике абстинентного синдрома (АС): начальный период (1-2 день пребывания в стационаре), на высоте синдрома отмены (4-5 день), к концу острого периода (9-10 день) и на 14-15 день.

Результаты. Анализ соответствующих показателей выявил, что в процессе наблюдения происходит достоверное ($p < 0,01$) нарастание ПВН к 4-5 дню абстиненции по всем параметрам с последующим плавным снижением к 14-15 дню исследований (табл. 1).

В таких компонентах ПВН, как «установка на лечение» и «критика» максимальные значения приходятся на 9-10 день с последующей тенденцией к снижению. По многим параметрам ПВН в конце наблюдения остается высоким и не редуцируется даже до первоначальных значений: суммарное ПВН, идеаторный критерий, нарушения сна, поведенческий компонент и отсутствие установки на лечение (анозогнозия).

В ходе проведения корреляционного анализа была обнаружена прямая зависимость степени тяжести патологического влечения к наркотику с величинами ЧСС, ЧДД, АД. Обратная зависимость выявлена между выраженностью ПВН и уровнем кортизола, ТТГ, сахара крови, содержанием общего белка. В динамике АС отмечены корреляционные связи между ПВН и вегетативными и

гуморальными показателями уже с 1-2 дня наблюдения. Особенно много корреляционных связей ПВН с изучаемыми параметрами на 9-10 дни абстиненции (с уровнем кортизола, Т3, Т4, ЧСС, ЧД, ВИ). К окончанию наблюдений число связей уменьшалось, но их сила в ряде случаев увеличивалась, например, положительная корреляционная связь средней силы ПВН — ЧСС на 9-10 день абстиненции (табл. 2).

Таблица 1

Динамика патологического влечения к наркотику у больных в состоянии героиновой абстиненции

Критерии	Время обследования (дни)			
	1-2	4-5	9-10	14-15
ПВН:	(n=88)	(n=89)	(n=82)	(n=37)
Идеаторные	2,02+0,04**	2,76+0,05**	2,65+0,26**	2,14+0,11**
Аффективные	7,10+0,12**	9,37+0,17**	8,59+0,06**	6,30+0,36**
Нарушения сна	1,13+0,05**	2,55+0,05**	2,38+0,06**	1,81+0,11**
Поведенческие	1,11+0,04**	2,24+0,07**	2,24+0,06**	1,62+0,15**
Соматические	1,09+0,03**	2,76+0,05**	1,48+0,06**	0,97+0,06**
Сновидения	0,49+0,06**	1,20+0,05**	1,16+0,05**	0,97+0,09**
Установка на лечение	1,74+0,05**	2,07+0,07**	2,38+0,08**	2,08+0,12**
Анозогнозия	1,89+0,04**	2,18+0,06**	2,26+0,07**	2,05+0,12**
Суммарное ПВН	16,52+0,26**	25,27+0,43**	23,09+0,55**	18,24+0,73**

Примечание. ПВН выражено в баллах; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$ — достоверные различия в динамике наблюдений (1 - 2 день с 4 - 5, 9 - 10, 14 - 15 днем наблюдений).

Таблица 2

Динамика силы корреляционных связей ПВН с показателями соматического статуса больных героиновой зависимостью

Показатель	1-2 день	4-5 день	9-10 день	14-15 день
Кортизол	-0,05	-0,07	-0,07	0,16
Ирритация	0,15	0,25	0,1	0,3
ТТГ	-0,47	-0,2	-0,01	-0,05
Т3	-0,16	-0,2	-0,46	-0,38
Т4	0,34	-0,01	-0,29	-0,39
ЧСС	0,22	0,07	0,24	0,36
САД	0,03	0,0	0,13	0,1
ДАД	-0,24	-0,06	-0,04	0,1
ВИ	0,32	0,13	0,32	0,15
КХ	-0,01	-0,23	-0,09	-0,05
ЧДД	0,02	0,22	0,29	0,29
Сахар	0,04	0,01	-0,13	-0,04
Билирубин	-0,05	-0,16	-0,14	-0,29
Билирубин	-0,06	-0,02	-0,03	-0,03
АЛТ	-0,09	-0,03	0,1	0,07
АСТ	-0,0	-0,02	0,07	0,28
БП	0,09	0,16	0,0	-0,11

Применение многомерного регрессионного и дискриминантного анализов позволило выявить наиболее значимые особенности взаимоотношений синдрома патологического влечения к наркотику с его вегетативным сопровождением и лабораторными показателями, складывающихся в процессе купирования опиоидного АС, и упорядочить их по времени возникновения (табл. 3).

При сравнении полученных уравнений регрессии в разные сроки наблюдения обращает на себя внимание множество независимых переменных, от которых зависят облигатные критерии ПВН, что указывает на сложность и неравномерность функционирования всех механизмов формирования данного патологического синдрома. Максимальное количество независимых переменных, как и наибольшие величины коэффициентов множественной детерминации приходятся на 9-10 день наблюдений с аффективным и инсомническим критериями ПВН, на 14-15 день — с идеаторным и поведенческим.

Вегетативные параметры более всего оказались определяющими для аффективных проявлений ПВН, менее всего — для идеаторного компонента (статистически значимых связей не выявлено). Данная закономерность согласуется с представлением о том, что вегетативные сдвиги являются обязательным сопровождением эмоций (Жмуров В.А., 1994; Вейн А.М., 2000; Савченков Ю.И., 2004 и мн. др.).

Таблица 3

Наиболее информативные показатели психосоматического состояния больных в динамике героинового абстинентного синдрома (дискриминантный анализ)

Срок наблюдения (день)	Число исследуемых в анализ	Показатель (неоднородное распределение)	D ²	% приращений статистической
1-2	13	Общий белок, индекс Крдо, тиреоглобулин, пролактин, T ₃	20,89	98,75
4-5	16	Индекс Крдо, тиреоглобулин, САД, пролактин, T ₃	36,75	100
9-10	10	Индекс Крдо, пролактин, АСТ, общий белок, тиреоглобулин	51,62	100
14-15	14	Индекс Крдо, ДАД, АСТ, пролактин, АЛТ	50,30	100

В динамике абстиненции вклад вегетативных показателей в уравнения множественной регрессии для облигатных критериев ПВН уменьшается к 14-15 дню и наибольшее значение для характеристики патологического влечения в этот период приобретают гормональные и клинико-лабораторные данные. Так, наиболее сопряженным с ПВН показателем к концу наблюдений для идеаторной и аффективной составляющих оказался уровень пролактина (28,2% и 14,5%

соответственно), для поведенческого критерия — содержание кортизола (29,3% общей детерминации). Вклад ПРЛ в нарушения сна и поведения на 14 - 15 день наблюдений 1,3% и 9,0% соответственно. Исчезновение в уравнениях регрессии существовавших ранее переменных может свидетельствовать об изменении взаимоотношений механизмов системы патологического влечения к наркотику к концу острого периода абстиненции.

На первый взгляд неожиданно тесную взаимосвязь с синдромом патологического влечения к наркотику обнаружили клинико-биохимические показатели, отражающие углеводный обмен (в частности, глюкозо-аланиновый шунт), такие как уровень сахара крови, АЛТ, АСТ, коэффициент Де Ритиса (АСТ/АЛТ), содержание общего белка. Уровень сахара крови фигурирует в уравнениях множественной регрессии для всех облигатных критериев ПВН. По литературным данным, глюкоза вводится в инсулинзависимый транспорт 5-окситриптофана (5-ОТ) через гематоэнцефалический барьер. Вследствие повышения уровня 5-ОТ в мозге увеличивается синтез серотонина. Это сочетается с высвобождением из тканей бета-эндорфина, из-за чего опиоидные эффекты зависят от количества глюкозы в крови. Также известно, что синдром отмены морфина и героина подавляется гипергликемией (Каркищенко Н.Н., 1993; Пятницкая И.Н., 1994).

Заключение. Таким образом, героиновый абстинентный синдром представляет собой клиническое выражение психовегетативных, гормональных и биохимических изменений. За время пребывания пациентов на стационарном лечении (7-15 дней по профессиональным стандартам) купирования основных психопатологических и вегетативных симптомов АС согласно анализу полученных данных не происходит. Синдром патологического влечения к наркотику помимо субъективных переживаний больных имеет объективные критерии: вегетативные и лабораторные показатели с разной степенью их информативности в динамике абстиненции. Вегетативные изменения служат свидетельством остроты состояния и сопряжены с облигатными критериями ПВН. Это подтверждает литературные данные. Так, М.А. Schuckit (1998) считает, что вегетативный симптомокомплекс является наиболее диагностически значимым признаком нормализации состояния при синдроме отмены опиатов. Можно предположить, что по мере купирования абстиненции патологическое влечение к наркотику начинают детерминироваться собственно патогенетически базовыми сдвигами в дофаминовой системе, а показатели уровня пролактина в крови косвенно отражает обмен дофамина, который является его антагонистом, нарушенный в ходе болезненного процесса. Так, по данным И.П. Анохиной с соавт. (1998, 2002), W. Heller (1993), W. Kostowski (2000) в постабстинентном периоде (который начинается в среднем после 10 дней воздержания от приема наркотика) именно дефицит дофамина в подкрепляющих структурах мозга является основой остающегося влечения к веществу, вызвавшему зависимость. Показатели вегетативного тонуса, биохимические анализы доступны для оценки состояния больных практическими врачами-наркологами и могут объективизировать тяжесть патологического влечения к опиатам у больных с наркоти-

ческой зависимостью наряду с формализованными шкалами, которые в основном носят характер опросников и отражают лишь жалобы пациентов.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Долгих В.В., Рычкова Л.В., Немова С.И., Родионова А.Н. Варианты течения вегетативной дистонии у интеллектуально одаренных подростков

УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Вегетативная нервная система (ВНС) во взаимодействии с корковыми структурами и эндокринными железами принимает непосредственное участие в адаптации организма, регулирует реакции на любые стрессовые воздействия. Симпатический отдел ВНС регулирует преимущественно адаптационно-трофические процессы в ситуациях, требующих напряженной психической и физической деятельности. Парасимпатический отдел ВНС проявляет свою основную функцию вне периода напряженной активности организма, преимущественно в период «отдыха», и регулирует анаболические процессы, инсулярный аппарат, функции пищеварения, опорожнения полых органов, способствует поддержанию гомеостаза (Коровина Н.А. и др., 2009). Функционирование симпатического и парасимпатического отделов происходит в тесном постоянном взаимодействии.

Принято считать, что в основе вегетативной дистонии лежит усиление активности одного отдела за счет подавления другого (Вейн А.М., 1998). Таким образом, вегетативная дистония — состояние, определяемое нарушением вегетативной регуляции сердца, сосудов, внутренних органов, желез внутренней секреции, связанное с первичными или вторичными отклонениями в структуре и функции центральной и периферической нервной системы (Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987). В этиопатогенезе вегетативной дистонии помимо органического поражения и конституциональных особенностей нервной системы лежат такие факторы, как психоэмоциональные особенности личности и стресс, что позволяет отнести ее к психосоматическим расстройствам. Основными проявлениями вегетативной дистонии могут быть изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (кардиалгии, аритмии, гипертония, гипотензия и др.), желудочно-кишечного тракта, мочевых путей и т.д.

Изучение формирования психосоматических расстройств, в частности вегетативной дистонии, у «одаренных» детей особенно, на наш взгляд, интересно, т.к. данная категория детей проявляет такие стороны психологического статуса, как низкий порог чувствительности, высокую интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций (Выготский Л.С., 1983; Ларионова Л.И., 2008; Климонтова Т.А., 2008). Одаренные дети достаточно требовательны к себе, часто

ставят перед собой не осуществимые в данный момент цели, что приводит к эмоциональному расстройству и дестабилизации поведения, что в свою очередь способствует формированию психосоматических расстройств (Исаев Д., 2000г; Лейтес Н.С., 2003г.).

Целью нашего исследования было изучить варианты и особенности течения вегетативной дистонии у интеллектуально одаренных подростков.

Материалы и методы. Нами было обследовано 112 подростков в возрасте от 14 до 16 лет. Из них мальчиков — 47 (42%), девочек — 65 (58%). В результате поэтапного исследования интеллектуальной одаренности все дети были разделены на 3 группы: группа № 1 — интеллектуально одаренные реализовавшиеся (т.е. продуктивно реализующие свой потенциал и имеющие реальные достижения) — 32 чел.; группа № 2 — интеллектуально одаренные не реализовавшиеся (т.е. не реализующие свой потенциал) — 40 чел.; группа № 3 (контрольная) — подростки со средним уровнем интеллектуального развития — 40 подростков.

Нами использовались следующие методы исследования: клинико-анамнестический, клинико-генеалогический, консультативный осмотр педиатра, невролога, эндокринолога, функциональные (ЭКГ + проба с физической нагрузкой, УЗИ щитовидной железы, УЗДГ экстракраниальных и интракраниальных сосудов) и лабораторные методы (гормональный фон, липидограмма, мочевая кислота крови).

Результаты. У преобладающего большинства обследованных нами подростков выявлялись признаки вегетативной дистонии - 72 (64,3%) случая. Причем синдром вегетативной дистонии (СВД) регистрировался с большой частотой как у юношей (57,4%), так и у девушек (69,2%) (табл. 1).

Таблица 1.

Частота встречаемости патологии сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем

<i>Синдромы</i>	<i>мальчики</i>	<i>девочки</i>	<i>Всего</i>
СВД	27 (57,4%)	45 (69,2%)	72 (64,3%)
Синдром артериальной гипертензии	12 (25,5%)	2 (3,1%)	14 (12,5%)
Синдром артериальной гипотензии	2 (4,3%)	9 (13,8%)	11 (9,8%)
Синкопальные состояния	3 (6,4%)	6 (9,2%)	9 (8,0%)
Нарушения ритма сердца	7 (14,9%)	10 (15,4%)	17 (15,2%)
ФСШ	2 (4,3%)	8 (12,3%)	10 (8,9%)
ПМК	1 (2,1%)	1 (1,5%)	2 (1,8%)

У 12,5% обследованных детей выявлялся синдром артериальной гипертензии, причем у юношей в 8 раз чаще, чем у девушек: 25,5% и 3,1% соответственно. В то же время синдром артериальной гипотензии отмечался в 3 раза чаще у девушек, чем у юношей — 13,8% и 4,3% соответственно. Нарушения ритма сердца выявлялись с одинаковой частотой у лиц обоего пола — в среднем 8,9% (табл.1).

При сравнении групп выявлено преобладание вегетативных нарушений среди интеллектуально одаренных подростков, наиболее выраженное в группе не реализовавшихся (80,0%). Причем у «одаренных» в 2,5 раза чаще, чем в группе контроля, выявлялся синдром артериальной гипотензии с преобладанием среди реализовавшихся, в то время, как синдром артериальной гипертензии распределялся равномерно во всех группах (по 12,5%).

Вегетативная дисрегуляция часто является причиной нарушений сердечного ритма (НРС). В нашем исследовании НРС отмечались у 10 (13,9%) интеллектуально одаренных подростков и 7 (17,5%) из группы контроля. В структуре данных нарушений были зарегистрированы следующие виды: эктопический предсердный ритм, атриовентрикулярная блокада 1 ст., синоатриальная блокада 1 ст. 2 типа, экстрасистолия суправентрикулярная и желудочковая, дисфункция синусового узла. Выявлено отчетливое преобладание НРС в группе № 2 (интеллектуально одаренные не реализовавшиеся).

Синкопальные состояния, являющиеся наиболее частым симптомом тяжелого течения дистонии, в 4,4 раза чаще выявлялись в группе исследования по сравнению с контролем (рис. 1).

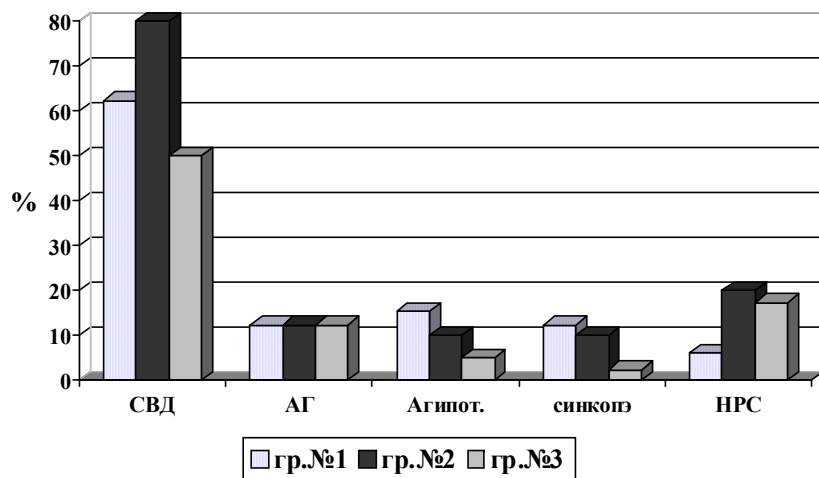


Рис. 1. Распределение частоты выявления патологии сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем по группам

Заключение. Таким образом, нами установлено, что интеллектуально одаренные подростки более подвержены вегетативным нарушениям, чем подростки со средним уровнем интеллектуального развития. Причем вегетативная дистония выявляется значительно чаще и протекает более тяжело у тех из них, которые по каким-либо причинам не могут реализовать свой интеллектуальный потенциал. Данная группа одаренных детей и подростков представляет собой группу риска по возникновению сердечно-сосудистых и нейроэндокринных за-

болеваний, что требует создания и внедрения особых профилактических и реабилитационных подходов.

Долгих В.В., Рычкова Л.В., Немова С.И. Родионова А.Н. Психосоматические расстройства у интеллектуально одаренных школьников

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Актуальность проблемы. В настоящее время наблюдается повышенный интерес к проблеме одаренности: к выявлению, обучению и дальнейшему развитию высокоинтеллектуальных детей. Однако проблема психосоматических расстройств (ПСР) среди «одаренных» детей и подростков мало изучена, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Материалы и методы. Нами обследовано 112 подростков, обучающихся в лицеях г. Иркутска в возрасте от 14 до 17 лет. По результатам комплексного психологического обследования были сформированы 3 группы: группа №1 — одаренные реализовавшиеся — 32 подростка (дети, которые реализовывают свой интеллектуальный потенциал, и имеют реальные достижения), группа №2 — одаренные нереализовавшиеся — 40 школьников (дети, которые по какой-либо причине не реализовывают свой потенциал) и группа №3 — среднеинтеллектуалы 40 подростков (группа контроля).

Для диагностики ПСР использовались следующие методы исследования: клиничко-анамнестический, клиничко-генеалогический и широкий спектр функциональных и лабораторных методов.

Результаты. Среди обследованных подростков на первом месте по частоте встречаемости выявлены заболевания нервной системы: синдром вегетативной дистонии (СВД) в 64,3% случаев, нарушение сна отмечается в 4,5%, астеноневротический синдром у 1,8% подростков, с явным преобладанием в группе «одаренных». Второе место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта в виде функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, у подростков из группы №2 («одаренные» нереализовавшиеся) составляет 42,5%. Третье место занимает патология сердечно-сосудистой системы: синдром артериальной гипертензии в 19,64%, лабильная и стабильная АГ в 8,9% и 1,8% случаев соответственно. Однако, необходимо отметить, что синдром артериальной гипертензии в 2 раза чаще встречается в группе контроля. На четвертом месте среди выявленных патологических состояний находятся заболевания эндокринной системы. Заболевания щитовидной железы диагностированы в 14,3% случаях, и данный показатель чаще регистрируется в группе интеллектуально одаренных нереализовавшихся подростков. Тогда, как гипоталамический синдром (ГСПП) выявлен в 22 (19,6%) случаев, однако данная нозологическая форма превалирует в группе контроля. По данным наших исследований аллергопатология у «одаренных» подростков встречается в 2 раза чаще в сравнении с контрольной группой. Выявлено, что более подвержены к инфекционным заболе-

ваниям респираторного тракта относятся подростки из группы № 2 — 27,5% случаев, в то время как, дети из группы контроля болеют ОРЗ в 2 раза реже.

Заключение. Чаще психосоматические расстройства встречаются у «ода-ренных» нереализовавшихся подростков, что требует разработки и внедрения профилактических и реабилитационных мероприятий с учетом интеллектуальных способностей школьников, что в конечном итоге улучшит качество жизни и будет способствовать полному раскрытию их потенциала.

Долгих В.В., Фомина Н.А., Кулеш Д.В., Гомбоева А.С. Опыт работы школы артериальной гипертензии у подростков

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) входит в семерку классических психосоматических заболеваний, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной, и является одним из наиболее распространенных вариантов психосоматических состояний. Во всем мире отмечается тенденция к омоложению заболевания гипертонической болезнью, поэтому необходимо уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний. При этом важно проводить ее в детском и подростковом возрасте, когда еще нет факторов риска ишемической болезни сердца и гипертонической болезни или только идет их формирование. Одним из способов является проведение школ здоровья для детей с артериальной гипертензией (АГ).

Целью нашего исследования было создание школы АГ на базе Клиники НЦ ПЗСРЧ СО РАМН.

Методы. Проведение занятий с разборами основных тем. Лекции проходят 2 раза в неделю, длительностью 60 минут. Количество слушателей: 4-6. Темы лекций: 1. Артериальное давление (АД) и факторы, определяющие его уровень. Методика измерения АД. Артериальная гипертензия. Причины, механизмы развития данного заболевания. 2. Лечение и профилактика АГ. Психологические установки занятий: «Я должен и умею контролировать АГ. Это позволит мне жить без осложнений», «Правильное питание и физические нагрузки — залог успешного лечения АГ».

Контроль исходной информированности пациентов и его изменения после обучения проводили по специальной разработанной анкете.

На занятии присутствует клинический психолог, который проводит психологический тренинг, основывающийся на обучении пациентов способов коррекции своего артериального давления. Данный тренинг включает в себя следующие методы:

- Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону.
- Контролируемое дыхание.

Оба метода относятся к группе поведенческих. До и после тренинга осуществляется контроль АД.

Результаты. В процессе работы школы АГ возрос уровень знаний у подростков об АГ и причинах, способствующих повышению АД, основных факторах риска и способах коррекции. Исходный уровень знаний составил 33 балла из 100 возможных, при этом, дети более всего были информированы о причинах повышения АД и методике его измерения. По прошествии двух занятий уровень знаний составил 74 балла, при этом у каждого третьего — более 80 баллов, таким образом, уровень информированности подростков вырос в 2,3 раза, что говорит о достаточно хороших результатах работы школы.

После проведения психообразовательного тренинга подростки приобрели знания о том, что такое эмоциональный стресс, как он воздействует на организм подростка, а особенно подростка с ЭАГ, о способах регуляции своего эмоционального состояния и методике снижения АД. Анализ артериального давления до и после тренинга показал снижение его уровня, улучшение самочувствия пациентов и повышения мотивации к дальнейшим самостоятельным занятиям.

Заключение. Таким образом, проведение школы АГ для подростков повышает общеобразовательный уровень пациента, способствует осознанному участию в лечебно-профилактическом процессе и является реальным путем профилактики.

Долгушина М.Н. Поляков В.М. Особенности детско-родительских отношений у детей с психосоматическими расстройствами

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Психосоматическая патология является актуальной медико-социальной и государственной проблемой, занимая одно из первых мест среди заболеваний детского населения, что обусловлено высоким риском хронизации, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции.

Несомненно, что важнейшую роль в генезе психосоматических расстройств играет семья, в которой растет и развивается ребенок. Формированию психосоматических расстройств у детей часто способствует хронический стресс внутри семьи, а также нарушение детско-родительских отношений.

Для изучения этой проблемы, был проанализирован характер внутрисемейных взаимоотношений и типов семей у детей с психосоматическими нарушениями.

На базе Клиники УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН было обследовано 100 детей и подростков с психосоматической патологией в возрасте от 10 до 18 лет. Исследование приводилось с помощью анкетирования, клинико-anamnestического метода, проективных методик: рисунок семьи, дом-дерево-человек, рисунок человека.

Исследование показало, преобладание дисфункциональных семей, в которых адекватное выполнение семейных функций оказывается нарушенным. В этих семьях преобладали: избыточная ригидность или размытость личных гра-

ниц, замкнутость или хаотичность семьи в целом. Матери, как правило, отличались сверхтревожностью, либо отстраненностью и холодностью. Такие семьи демонстрировали неспособность к конструктивному диалогу, старались избегать или замалчивать конфликты.

У пациентов с психосоматическими расстройствами преобладали семьи осколочного типа, в которых ребенок воспитывается одним из родителей вследствие потери другого родителя и материнские семьи, где дети и подростки воспитываются только матерью, без участия отца. Последний тип семьи часто превращается в матрилинейный (бабушка — мать — ребенок), с постоянным конфликтом между бабушкой и матерью.

Таким образом, у детей и подростков с психосоматической патологией преобладали дисфункциональные семьи, в которых имели место различные нарушения детско-родительских отношений. Необходимо продолжить исследования внутрисемейных взаимоотношений у больных психосоматической патологией с целью разработки методов коррекции и профилактики семейных конфликтов и оказания саногенного эффекта семьи на психоэмоциональное состояние ребенка.

Колесникова Л.И., Прохорова Ж.В., Поляков В.М. Эмоциональные расстройства у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией

УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

В настоящее время не существует единой общепринятой теории, объясняющей патогенетические механизмы формирования психосоматических расстройств. Тем не менее, можно говорить о некотором концептуальном единстве целого ряда подходов, объединяемых представлением о ведущей роли психотравмирующих обстоятельств в генезе психосоматического расстройства. На современном этапе изучения влияния психологических факторов на развитие соматической патологии могут рассматриваться два направления — психоцентрическое и соматоцентрическое, в рамках которых идет речь об определяющей или сопутствующей роли психических факторов (Любан-Плоцца Б., 2000).

Известно, что одним из патогенетических факторов, приводящих к эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) у детей и подростков, является психоэмоциональное напряжение, которое рассматривается как разрешение своеобразной вегетативной реакции личности нерациональным путем (Антропов Ю.Ф., 2000). Сейчас уже не вызывает споров положение о том, что эмоции являются одной из форм психической деятельности, свойственной не только человеку, но и животным. Их изучение крайне важно в связи с проблемами поведения, механизмов воспроизведения и фиксации следов памяти, процессов соотношения соматических и вегетативных функций (Александровский Ю.А., 2000).

Эмоциональная сфера является одной из важных (если не наиболее важной) сфер жизни человека. При наличии расстройств в эмоциональной сфере

могут развиваться психосоматические заболевания, такие как гипертония, язвенная болезнь и др. Эмоциональная сфера подростков обладает рядом особенностей, среди которых на первый план выходят неуравновешенность, возбудимость, высокая чувствительность. Повышенные эмоциональные нагрузки увеличивают вероятность возникновения стресса, который может неблагоприятно сказываться на физическом и психическом здоровье. Поэтому исследование эмоциональных состояний особенно наиболее актуально в этом возрасте (Панкратов В.Н., 2001; Пшенникова М. Г., 2001; Карвасарский Б.Д., 2004; Исаев Д.Н., 2005). Их изучение позволит проследить раннее развитие патогенетических механизмов под влиянием эмоциональных нарушений у подростков с ЭАГ, улучшить их прогноз и коррекцию.

Целью настоящей работы явилось исследование роли эмоциональных факторов в формировании эссенциальной артериальной гипертензии у подростков.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты в возрасте от 14 до 17 лет с установленным диагнозом артериальной гипертензии. Основная группа 185 подростков (60 девочек, 125 мальчиков). Контрольная группа — 60 подростков (мальчиков —30, девочек— 30), практически здоровые подростки той же возрастной группы.

Особенности эмоциональных реакций у подростков исследовались с помощью следующих методов: клиническое наблюдение; цветовые выборы М.Люшера, уровень тревожности Спилбергера — Ханина, шкалы проявлений тревоги — J.Taylor, опросник агрессивности Басса-Дарки, шкала депрессии Бека (BDI), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейна методы статистического анализа. В исследовании использовались вычислительные процедуры методов математической статистики, реализованные в лицензионном интегрированном статистическом пакете комплексной обработки данных STATISTICA 6.1 Stat-Soft Inc, США.

Результаты. Сравнительное изучение психоэмоциональных особенностей здоровых детей и подростков с ЭАГ позволило выявить ряд различий в протекании эмоциональных процессов. По сравнению с контрольной группой у подростков с ЭАГ отмечалось усиление эмоциональной реактивности, проявляющееся в повышенной тревожности, выраженной эмоциональной лабильности, агрессивности и усилении депрессивных реакций у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией. Кроме того, у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией имело место изменение самооценки. Были найдены различия в эмоциональном реагировании и в зависимости от пола. Проведенный анализ тревожности у подростков с ЭАГ по всем методикам выявил высокий уровень тревожности (85%), в то же время в контрольной группе преобладал умеренный уровень тревожности (72%). Высокий уровень тревожности отмечался чаще у мальчиков-подростков с ЭАГ (82,96%), тогда как у девочек с ЭАГ это показатель был заметно меньше (71,54%). В контрольной группе подростков показатели уровня тревожности у мальчиков и девочек были практически одинаковым.

Таким образом, подростки с ЭАГ отличались высоким уровнем тревожности, в отличие от подростков контрольной группы, что может свидетельствовать о наличии у них стрессового состояния и готовности к формированию психосоматических расстройств (Александровский Ю.А., 1999; Пере М., 2002).

У подростков с артериальной гипертензией, выраженная эмоциональная лабильность встречалась в два раза чаще, чем в контрольной группе (соответственно 73% и 33%). Выраженная эмоциональная лабильность проявлялась, прежде всего, в частых сменах настроения, аффективной «взрывчатости», неустойчивости самооценки. Подросткам контрольной группы был свойственен умеренный уровень лабильности, относительно редко встречающийся у подростков с ЭАГ.

Повышенная эмоциональная лабильность чаще встречалась у девочек — подростков с ЭАГ — 75,8 % по сравнению с 36,2% девочек контрольной группы. У девочек с артериальной гипертензией отмечались: повышенная утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, склонность к ипохондрии.

В то же время эмоционально лабильные подростки с ЭАГ чрезвычайно тяжело переносили действительные неприятности, обнаруживая склонность к острым аффективным реакциям. Особенности высокой эмоциональной лабильности подростков с ЭАГ являются фактором, снижающим возможности психофизиологической адаптации подростков и обуславливающим их низкую устойчивость к стрессу.

Заметную роль в эмоциональном поведении подростков играет агрессивность, которая представляет собой один из механизмов психологической защиты. Выраженность агрессивных реакций может зависеть от многих факторов, в том числе, от эмоционально-личностных характеристик: эмоциональной лабильности, депрессивных состояний, самооценки и некоторых других (Куликов Л.В., 2001; Репина Н.В., 2003). Наше исследование подтвердило эти предположения.

Установлено также, что подростки с ЭАГ (37,5%) демонстрировали высокий уровень агрессивных реакций. При этом различия между основной и контрольной группой по этому показателю оказались на высоком уровне статистической значимости. Повышенная агрессивность была больше свойственна мальчикам с ЭАГ (65,8%), в то время как у девочек этот показатель был ниже (40,3%). Эти данные подтверждают представления о разных уровнях агрессивности у мальчиков и девочек, которые вероятно детерминируются биологическими факторами и особенностью гендерных ролей (Ильин Е.П., 2000; Блейхер В. М., 2006).

По результатам теста Басса-Дарки девочки-подростки основной группы более склонны к открытому агрессивному поведению, чем девочки контрольной группы. Проявив агрессию, они скорее реагировали на нее чувством вины и страха. Более того, девочки рассматривали агрессию как экспрессию, как выражение эмоционального напряжения при гневе и были обеспокоены тем, чем агрессия может обернуться против них самих. Не случайно, проведенный кор-

реляционный анализ показал положительную связь повышенного уровня агрессивности и депрессивных проявлений ($r=0,40$; $p < 0,05$). Агрессивность в этом случае носила дефицитарный характер (подавленная, нереализованная, с дефицитом соответствующих поведенческих навыков).

Мальчики с ЭАГ относились к агрессии как к инструменту, считая ее моделью поведения, к которому прибегают в целях защиты или для получения разнообразного социального вознаграждения. После проявления агрессивных действий, они в меньшей степени испытывали вину и тревогу. Поэтому повышенные агрессивные реакции у мальчиков с ЭАГ имели иной механизм формирования. На первый план выступала положительная связь агрессивности с уровнем самооценки ($r=0,29$; $p<0,05$). То есть, более активное агрессивное поведение повышало самооценку мальчиков-подростков. Завышенная самооценка, в свою очередь, стимулировала агрессивное поведение, которое становилось формирующим, что способствовало снижению эмоциональной лабильности. Это отражалось в значимой отрицательной корреляционной связи между уровнем агрессивности и эмоциональной лабильностью ($r=-0,23$; $p<0,05$).

Выявлены статистически значимые различия депрессивных состояний у здоровых подростков и подростков с ЭАГ по параметру «высокий уровень депрессивных реакций» ($p<0,05$). Выраженные депрессивные реакции в этом случае могут квалифицироваться как сигнал эмоционального неблагополучия подростка. Следует подчеркнуть многогранность и нестабильность депрессивных симптомов, которые проявлялись в разном соотношении тоскливого и тревожного компонентов. Чаще всего «масками» депрессии у подростков с ЭАГ являлись различные нарушения сна: трудности засыпания, раннее пробуждение или повышенная сонливость. Кроме того, имели место нарушения аппетита, повышенная утомляемость и раздражительность, хронический болевой синдром разной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (приступы сердцебиения, одышки, головокружения). При анализе проявлений депрессивных реакций у подростков с ЭАГ в зависимости от пола был выявлен факт более частого возникновения их у девочек (20,5%). У мальчиков (16,7%) депрессивная симптоматика носила маскирующий характер, выражаясь в агрессивном поведении и склонности к протестным реакциям.

Особого внимания заслуживает изучение самооценки у подростков с ЭАГ, которая в значительной степени зависит от их эмоционального развития и является важным регулятором эмоционального поведения. Пациенты с ЭАГ в отличие от подростков контрольной группы достоверно ниже оценивали свои возможности. Адекватная самооценка была свойственна лишь трети подростков с ЭАГ, тогда как в контрольной группе она отмечалась у 65% обследованных. Для детей с ЭАГ более характерной оказалась заниженная самооценка (50%), в то время как завышенную самооценку показали только 19% из них.

Таким образом, подростки основной группы с низкой самооценкой были склонны к пассивности, внушению и чрезмерно чувствительны к критике, считая её подтверждением своей неполноценности. Низкая самооценка у этой

группы подростков могла становиться, как было показано выше, и причиной повышенной агрессивности.

Различия в самооценке у подростков с ЭАГ были обнаружены также в зависимости от пола. Мальчики по сравнению с девочками были менее склонны к самобичеванию и сомнению, более доверчивы к своему социальному окружению, считали себя менее эмоционально возбудимыми. Заниженная самооценка у мальчиков с ЭАГ, как показал корреляционный анализ, может стимулировать также агрессивное поведение.

У девочек основной группы с заниженной самооценкой (49,62%) определялся рост скрытой агрессивности, выраженность директивных установок, большее количество реакций «зависимости».

Эмоциональная сфера у подростков с ЭАГ характеризовалась повышенной тревожностью в сочетании с эмоциональной лабильностью, склонностью к депрессивным и аффективным реакциям.

Заключение: Данный комплекс эмоциональных изменений свидетельствует об отсутствии постоянного доминирования тех или иных эмоциональных состояний, повышенной эмоциональной лабильности, усилении эмоционального реагирования и снижении контроля эмоциональных процессов, что может указывать на наличие постоянного стрессового воздействия.

Выявленные изменения эмоциональных состояний у подростков с ЭАГ способствовали сужению диапазона реагирования на средовые воздействия, снижали порог стрессогенных реакций и ухудшали их адаптивные возможности. В этих условиях измененная эмоциональная реактивность приобретала роль триггера, запускающая последовательность психофизиологических и метаболических реакций, которые в свою очередь могли оказывать обратное воздействие на состояние эмоциональной сферы.

Указанные психоэмоциональные факторы риска, целесообразно рассматривать и учитывать при создании и разработки программ профилактики, реабилитации подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.

Машанская А.В., Прохорова Ж.В., Власенко А.В. Долгих В.В. Роль физиотерапевтических и немедикаментозных методов в коррекции психосоматических и соматоформных расстройств у детей и подростков

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

В современной клинической медицине существует устойчивая тенденция противопоставления медикаментозной терапии и лечебных физических факторов, как менее эффективных. Между тем в России в последние десятилетия накоплен большой опыт по использованию различных природных и преформированных лечебных физических факторов у детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами, при этом методология многих публикаций отвечает принципам доказательной медицины (Филатова Е.В. с со-

авт., 2007). В комплексной медицинской реабилитации таких пациентов в ряде случаев они являются основным методом. (Киргизова О.Ю. с соавт., 2007).

Наиболее перспективным способом повышения эффективности физиолечения является оптимизация режимов и методов назначения физических факторов. Поэтому разработка новых методов лечения с полисистемной направленностью, улучшающих при хроническом стрессе измененные показатели работы многих систем организма, является актуальной и своевременной задачей.

Перспективным методом является воздействие на организм человека излучением электромагнитными волнами миллиметрового диапазона (1-10 мм), крайне высокой частоты (30 300 ГГц) низкой интенсивности (менее 10 мВт/см²) (Кожемякин А.М., 2003; Дробышев В.А., 2007).

В развитии клинических проявлений заболевания существенную роль играют различные факторы, способствующие развитию хронической гипоксии: экологические (высокая задымленность и загрязненность воздуха — как атмосферного, так и внутри помещений; воздействие пассивного курения), социально-бытовые (длительное пребывание в помещениях, невозможность частых выездов за город и т.д.). Одним из доступных для массового применения методов лечения является оксигенотерапия, назначаемая в виде кислородных коктейлей, которая широко внедряется в практику работы лечебных, лечебно-профилактических учреждений и оздоровительных центров.

Целью данного исследования являлась оценка терапевтической эффективности применения метода КВЧ-пунктуры и энтеральной кислородотерапии в лечении и реабилитации детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами.

Пациентам проводили воздействие на акупунктурные точки (АТ) электромагнитным излучением КВЧ-диапазона. Процедуру КВЧ-пунктуры осуществляли с помощью аппарата «Стелла-2» в шумовом режиме генерации частотой 60,9-61,2 ГГц. Оптимизация воздействия не ограничивалась только выбором дозиметрических параметров воздействия. Как известно, наиболее чувствительными к КВЧ-излучению зонами кожи являются биологически активные точки (БАТ). Принципиально значение имеет выбор оптимальных зон воздействия. При составлении рецептуры БАТ следует учитывать терапевтическую направленность точек, в том числе и специфичность их действия.

Через 1 час после сеанса КВЧ-пунктуры дети и подростки принимали кислородный коктейль в объеме 300 мл. Кислородный коктейль готовили с помощью кислородного концентратора 7F-3L «АРМЕД», генерирующего кислород в концентрации 95% из окружающего воздуха, на основе фруктовых соков (яблочного, гранатового, вишневого). В качестве пенообразователя использовали корень солодки. В результате повышенного насыщения тканей кислородом улучшается клеточный метаболизм, что способствует нормализации обменных и рефлекторных процессов, активации кровообращения, улучшению питания и восстановлению тканей. Учитывая широкий спектр действия, метод энтеральной оксигенотерапии может применяться при ряде заболеваний, не нанося вреда организму. Оказалось, что использование этого метода при проведении ин-

тенсивной восстановительной физиотерапии способствует нормализации периферической и внутриорганной гемодинамики, ряда обменных и рефлекторных процессов в достоверно более ранние сроки; положительно влияет на обмен и перекисное окисление липидов, приводит к значительному повышению активности жирорастворимых антиоксидантов плазмы крови. Отмечается улучшение кровоснабжения отдельных участков ткани органа или системы в целом, что легко подтверждается рядом методов функциональной диагностики. Эти свойства метода энтеральной оксигенотерапии (кислородного коктейля) были приняты авторами во внимание при лечении детей и подростков.

До и после лечения у больных оценивали клиническую симптоматику и определяли показатели функциональных методов исследования (ЭЭГ, КИГ, ЭКГ). Оценка состояния микроциркуляции проводилась с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК-01). В ходе психодиагностического исследования нами применялась шкала Г. Айзенка, позволяющая определить уровень чувствительности к стрессовому воздействию.

Совместное использование КВЧ-пунктуры и энтеральной кислородотерапии в комплексном лечении детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами привело к значительному уменьшению клинических проявлений заболевания, улучшению показателей микроциркуляции и стабилизации психо-эмоционального состояния.

При анализе динамики клинического состояния по жалобам отмечалось уменьшение симптомов астении на 42,9 %.

На фоне проводимой терапии выявлены статистически достоверные изменения показателей нейротизма в сторону эмоциональной устойчивости (от $18,7 \pm 2,1$ до $8,5 \pm 1,5$; $p < 0,05$), что отражает сохранение организованного поведения, ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуациях и свидетельствует о позитивных сдвигах в психо-эмоциональном состоянии.

Анализ параметров кардиоинтервалограммы (КИГ) свидетельствует о повышении тонуса парасимпатического отдела нервной системы на фоне тенденции к снижению тонуса симпатического отдела нервной системы, что свидетельствует об оптимизации вегетативного баланса и повышении антистрессовой устойчивости.

Анализ параметров микроциркуляции показал статистически достоверное увеличение следующих показателей (см. табл. 1).

В динамике у 85 % пациентов с исходными нарушениями микроциркуляции по спастическому гемодинамическому типу после курсового лечения показатели микроциркуляции соответствовали нормоциркуляторному типу, что свидетельствует о сбалансированности и оптимизации состояния микрососудов.

Внедрение в практическую медицину данного комплекса дает возможность повысить эффективность лечения детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами о чем свидетельствует уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания, положительная динамика показателей функциональных методов исследования.

Таблица 1

Параметры микроциркуляции до и после лечения (ЛАКК-01)

Показатель	до лечения	после лечения	
M (величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации)	$3,93 \pm 1,1$	$5,03 \pm 0,6$	$p < 0,05$
σ (среднее колебание перфузии относительно M)	$0,3 \pm 0,07$	$0,5 \pm 0,6$	$p < 0,05$
K_v^*	$8,9 \pm 3,4$	$11,3 \pm 4,1$	$p < 0,05$
Индекс эффективности микроциркуляции	$1,7 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,4$	$p < 0,05$
Амплитуда низкочастотных колебаний (LF)	$21,9 \pm 7,6$	$63,8 \pm 13$	$p < 0,02$
Прекапиллярное сопротивление (CF)	$4,2 \pm 1,56$	$12,9 \pm 4,5$	$p < 0,05$

$$*K_v = \sigma/M \cdot 100\%$$

Использование предлагаемого комплекса у детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами создает благоприятный фон, на котором реактивность, постепенная адаптация и резистентность организма приобретают ряд положительных особенностей и определяют результативность лечения в целом. Следует отметить, что в результате активации обменных процессов при приеме кислородного коктейля значительно улучшается усвоение препаратов, поэтому их действие усиливается и многократно возрастает.

Хорошая переносимость, высокая терапевтическая эффективность, отсутствие побочных эффектов, удобство эксплуатации, наличие недорогой отечественной аппаратуры позволяет рекомендовать предлагаемый комплекс лечения для использования в практическом здравоохранении.

Машанская А.В., Киргизова О.Ю., Прохорова Ж.В. Колесникова Л.И. Эффективность использования КВЧ-пунктуры и психофизиологического метода биологической обратной связи при лечении подростков с соматоформными расстройствами нервной системы

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск

Все шире для саморегуляции ритмических процессов в организме используют физиотерапевтическую аппаратуру, где предусмотрена возможность согласования частотных характеристик физиовоздействий с биоритмами человека на основе биологической обратной связи (БОС) (Боголюбов В.М., 2008). Наиболее адекватным в этом аспекте, является использование лечебных факторов, способных оказывать тренирующее воздействие на адаптационные резервы организма.

На основании проведенных исследований разработана методика реабилитации подростков 15-18 лет с лабильной АГ, которая может быть использована на всех этапах медицинской реабилитации (стационар, поликлиника, санаторно-курортное учреждение).

Нами обследовано и пролечено 87 пациентов в возрасте 15-18 лет (средний возраст составил $16,03 \pm 1,5$). В исследование включены подростки с лабильной АГ. Критерием исключения из исследования являлось наличие хронической соматической патологии.

В комплекс реабилитационных мероприятий мы включали физиотерапевтическую аппаратуру, где предусмотрена возможность согласования частотных характеристик физиовоздействий с биоритмами человека на основе биологической обратной связи (БОС). Каждый сеанс состоял из температурно-миографического (Т-ЭМГ) и следующего за ним альфа-тренинга. Курс лечения составлял 15-20 лечебных сессий. Продолжительность сеанса Т-ЭМГ тренинга составила 15 мин, альфа-тренинга — 20 мин.

В комплексе реабилитационных мероприятий применялась КВЧ-пунктура, так как она свободно сочетается с методикой БОС-терапии, при этом потенцирует действие последней, что позволяет повысить адаптационные возможности подросткового организма к физическим нагрузкам и экстремальным условиям местного климата.

На протяжении курса лечения постоянно оценивался психологический статус пациентов с помощью проективных тестов (цветовые выборы Люшера, рисуночные тесты, уровень тревожности Спилбергера-Ханина). Эффективность лечения оценивалась по совокупности клинических данных, данных компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ), кардиоинтервалографии (КИГ), суточного мониторинга артериального давления (СМАД).

К 10-12 сеансу происходило уменьшение астенических проявлений, снижение уровня депрессии и тревоги. На фоне проводимого лечения пациенты отмечали улучшение сна. В процессе лечения благоприятная динамика становилась более выраженной и устойчивой. В контрольной группе подростков (40 человек), которые получали только базовую терапию, отмечался кратковременный эффект в момент приема лекарственных препаратов. Эффективность лечения составила: значительное улучшение состояния — 70 %, улучшение — 30 %.

Использованная схема лечения (БОС-терапия+КВЧ-терапия) повышает устойчивость центральной нервной системы к внешним и внутренним стрессовым воздействиям, улучшает метаболизм нервных клеток, уменьшает возбудимость корково-подкорковых структур мозга. Универсальность предложенной схемы в смысле одновременного воздействия на большое число функциональных систем позволяет свести медикаментозную терапию к минимуму.

Поляков В.М., Колесникова Л.И., Долгих В.В., Рычкова Л.В., Мадаева И.М., Погодина А.В. Психофизиологические аспекты формирования артериальной гипертензии у детей и подростков

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Артериальная гипертензия (АГ) является актуальной медико-социальной и государственной проблемой, занимая одно из первых мест среди хронических неинфекционных заболеваний взрослого населения, что обусловлено высоким риском осложнений, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции. Последние десятилетия характеризуются существенным изменением структуры кардиоваскулярной патологии в детской популяции России. Возраст начала многих, считавшихся ранее свойственными только взрослым, заболеваний ССС значительно снизился, изменилась клиническая картина и прогноз ряда патологических состояний. Это в полной мере касается АГ, истоки которой, как общепризнанно в настоящее время, лежат в детском и подростковом возрасте. Катамнестические наблюдения, проведенные отечественными исследователями, показали, что уровень артериального давления (АД) остается повышенным у 33-42% подростков, из них у 17-25% АГ приобретает прогрессирующее течение с формированием в дальнейшем гипертонической болезни. Таким образом, практически у каждого третьего ребенка, имеющего повышение уровня АД, в онтогенезе отмечается прогрессирующее течение ЭАГ. Все вышеизложенное обосновывает необходимость всестороннего изучения механизмов формирования ЭАГ в онтогенетическом аспекте для разработки современных и эффективных стратегий диагностики и реабилитации.

Материалы и методы. На базе Клиники УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН было обследовано 4138 детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) в возрасте от 10 до 18 лет, из которых для реализации задач настоящего исследования было отобрано 158 больных ($15,6 \pm 1,6$ лет), 116 мальчиков, 42 девочки. Критериями включения в исследование являлись: наличие у ребенка лабильного или стабильного повышения АД по результатам суточного мониторирования (СМАД) — индекс времени гипертензии более 25%; отсутствие ренопаренхиматозных, реноваскулярных, эндокринных заболеваний, а также врожденных аномалий сосудов и васкулитов; наличие добровольного информированного согласия больного или его родителей на участие в исследовании.

Проводимое обследование включало в себя клинико-анамнестическое исследование, электрокардиографию (Fukuda Denshi Cardiomax FX-3010), эхокардиографию (Megac, Италия), суточное мониторирование АД (Oxford, UK). Кроме того, проводилось психологическое исследование, которое было направлено на изучение состояния процессов внимания, памяти, речи, мышления и эмоционально-личностной сферы детей и подростков.

Исследование сна включало предварительный сбор данных с помощью специализированного опросника сна и полисомнографический мониторинг, проводимый в течение 7-8 часов ночного сна с использованием системы GRASS-TELEFACTOR Twin PSG (Comet) с усилителем As 40 с интегрированным модулем для сна SPM-1 (USA).

В качестве контрольной группы в различных фрагментах исследования привлекались здоровые дети, без эпизодов повышения АД в анамнезе и не имеющие семейной отягощенности по АГ, сравнимые с детьми основных групп по полу и возрасту. Статистическая обработка данных осуществлялась на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Excel и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» версии 6.0. (StatSoft, USA). Для оценки направленности и выраженности связей между различными признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Коэффициенты корреляции считались значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты. Предрасположенность к эмоциональным и когнитивным изменениям у большинства детей и подростков с ЭАГ может формироваться уже в раннем онтогенезе. Это связано, прежде всего, с семейными проблемами, оказывающими огромное влияние на развитие ребенка. Проведенный нами анализ показал, что около двух третей детей и подростков с ЭАГ воспитывались в неполных и конфликтных семьях или в условиях неадекватных детско-родительских отношений, где преобладали эмоциональное отвержение или эмоциональный симбиоз. Дальнейшие исследования подтвердили наличие изменений в эмоциональной сфере детей и подростков с ЭАГ. Эти изменения проходили в направлении повышения уровня тревожности в сочетании с эмоциональной лабильностью и склонностью к незрелости эмоционального реагирования. Отличительным признаком у этих детей, по сравнению с контрольной группой, была повышенная склонность к депрессивным состояниям, возникающим в ответ на различные, в том числе школьные, нагрузки. Все это в совокупности указывает на то, что подростки с ЭАГ менее эмоционально устойчивы, более невротичны, менее стабильны и предсказуемы в своих поведенческих реакциях. Можно также проследить заметные отличия от контрольной группы в выраженности таких качеств у детей и подростков с ЭАГ, как более высокая мотивация достижений, высокая склонность к манипулятивному поведению, к дисморфореакциям, несколько более высокая степень сенситивности и чувствительности, сниженная устойчивость к стрессу, снижение реакции эмансипации. Эти эмоциональные изменения продолжали нарастать с возрастом. При этом наиболее выраженные различия с контрольной группой отмечались по линии проявления депрессивных состояний. Этот факт может указывать на наличие постоянного стрессового напряжения у детей и подростков с ЭАГ на разных этапах онтогенеза.

Эмоциональные отклонения у детей и подростков с ЭАГ сопровождалось изменением когнитивных процессов. Их становление протекало у большинства детей с ЭАГ на фоне колебания активности и явлений истощаемости психической деятельности. Отмечалось относительное ухудшение функций произволь-

ного внимания, а также речи и психических процессов, тесно связанных с речью — вербальной памяти и мышления. В то же время, такие невербальные функции, как зрительная память, развивались достаточно хорошо. Динамика онтогенетического развития когнитивных функций также была различной. Изменение произвольного внимания в онтогенезе свидетельствовало о том, что, несмотря на трудности его формирования у детей и подростков с ЭАГ, оно имело тенденцию к достаточно хорошей компенсации в процессе развития. В то же время, такие психические процессы как речь и мышление, у детей и подростков с ЭАГ имели иную динамику формирования. Так, развитие речевой деятельности свидетельствовало о нарастании трудностей у детей и подростков с ЭАГ на этапах онтогенеза и постоянном увеличении различий с контрольной группой, достигающих степени статистической достоверности. Еще большие различия выявляются в динамике развития процессов мышления. Статистически значимые различия появляются уже в 12-15 лет и далее «разрыв» между успешностью выполнения соответствующих заданий, определяющих уровень развития мышления, только увеличивается. Таким образом, сравнительный анализ динамики процессов внимания, речи и мышления в онтогенезе может свидетельствовать о том, что чем более сложно организована психическая деятельность, тем менее успешно она компенсируется в процессе развития у подростков с ЭАГ.

Формирование памяти в онтогенезе может указывать на еще одну особенность развития психических функций у детей и подростков с ЭАГ. В частности, было показано, что уровень развития зрительной памяти (запоминание и воспроизведение невербализуемых зрительных стимулов) у детей и подростков с ЭАГ практически не отличается от нормативных показателей. В то же время, становление процессов слухоречевой (вербальной) памяти при ЭАГ затруднено. Это подчеркивает модально-специфический аспект в патогенезе когнитивных нарушений при артериальной гипертензии и дает основание для предположения, что вербальные (речевые) функции в своем развитии у детей и подростков с ЭАГ нарушаются в большей степени, чем невербальные.

Обобщая вышеприведенные данные, можно сделать вывод, что при ЭАГ у детей и подростков имеются отчетливые затруднения в формировании различных когнитивных функций. При этом больше страдают сложно организованные психические процессы, а также психические функции, тесно связанные с речевой деятельностью.

Изучались механизмы формирования психосоматических нарушений у детей и подростков с ЭАГ на примере взаимосвязи параметров суточного мониторинга АД с состоянием эмоциональных и когнитивных процессов у мальчиков и девочек. Была выявлена сопряженность основных характеристик суточного профиля АД с состоянием психических процессов у мальчиков. Оказалось, что у них на гипертоническую нагрузку (средние значения АД, индексы времени гипертензии) наиболее выражено реагируют когнитивные функции — мышление, слухоречевая и зрительная память. Негативное влияние повышенного АД на состояние психических процессов реализуется как в дневное, так и

в ночное время. Но это влияние имеет дифференцированный характер: например, трудности в формировании мыслительных операций больше были связаны с дневным изменением параметров АД, тогда как память оказалась чувствительной и к дневному, и к ночному повышению АД. Интересно, что эмоциональная сфера у мальчиков мало реагировала на нагрузку повышенным давлением. Совсем другая картина наблюдалась у девочек. Повышение средних значений уровня АД и длительности гипертонической нагрузки было связано здесь с ухудшением прежде всего состояния эмоциональных процессов: снижением уровня самооценки и учащением депрессивных реакций. В то же время когнитивные функции оставались относительно интактными. Полученные данные могут свидетельствовать о дифференцированном влиянии повышенного уровня АД на психическую деятельность мальчиков и девочек с ЭАГ.

Интересными, на наш взгляд, являются также результаты, отражающие взаимосвязь параметров variability АД в течение суток с состоянием мнестической функции у мальчиков и девочек с ЭАГ. Повышение коэффициента variability систолического и диастолического АД коррелировало с ухудшением зрительного запоминания у девочек и вербального у мальчиков только в ночное время, что еще раз подчеркивает важную роль сна в процессах консолидации следов. Факт избирательного влияния на модально-специфические звенья мнестической деятельности может быть объяснен разным уровнем развития зрительной и слухоречевой памяти у мальчиков и девочек: в патологический процесс вовлекаются в первую очередь более «слабые» звенья мнестической деятельности - вербальная память у мальчиков и зрительная у девочек.

Подключение к проводимой работе полисомнографического исследования позволило проследить некоторые механизмы взаимоотношения в системе «повышенное АД — сон — психические процессы» у мальчиков. Полисомнографическое исследование проводилось у 34 мальчиков-подростков с ЭАГ, которые, в зависимости от суточного профиля АД, были разделены на две группы: группу (n=16) с ночными и ранними утренними подъемами АД и группу (n=18) с вечерними подъемами АД. В качестве контроля были исследованы 15 здоровых подростков, сопоставимых по полу, возрасту и индексу массы тела.

Было показано, что мальчиков, имеющих повышение уровня АД в вечернее время, характеризует укорочение продолжительности ночного сна и удлинение периода бодрствования в течение ночи. Подростки с ночными и ранними утренними подъемами АД отличались от первой группы более выраженной фрагментацией сна в виде значительной представленности его поверхностных стадий, увеличением активационных сдвигов ЭЭГ в течение ночи, укорочением длительности глубоких стадий, изменением цикличности сна в виде нарушения распределения его стадий, нарушением паттерна дыхания в виде эпизодов апноэ и гипопноэ с одновременным снижением насыщения крови кислородом. Пациенты с ЭАГ, у которых отмечались выраженные нарушения сна (ночные подъемы уровня АД по результатам СМАД), демонстрировали существенное снижение когнитивных функций по сравнению с контролем. У мальчиков же с

менее выраженными нарушениями сна (вечерние подъемы уровня АД по результатам СМАД) отмечалась лучшая сохранность когнитивной деятельности, на фоне некоторого повышения уровня тревожности.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о некоторых закономерностях формирования в онтогенезе психофизиологических нарушений у детей и подростков с ЭАГ. Во-первых, эмоциональные отклонения характеризуются сочетанием повышенной тревожности, эмоциональной лабильности и склонности к депрессивным реакциям, что может указывать на снижение стрессоустойчивости у детей и подростков с ЭАГ. В то же время формирующиеся личностные особенности таких детей — повышенная мотивация достижений и склонность к манипулятивному поведению могут приводить к постоянным стрессогенным ситуациям, создавая тем самым порочный круг. Во-вторых, отклонения в развитии разных психических процессов при ЭАГ могут либо хорошо компенсироваться, либо продолжать усиливаться по сравнению с нормальным онтогенезом. Это зависит как от сложности строения психической функции (внимание — мышление), так и от особенностей строения ее структуры, формирующейся по симультанному или сукцессивному типу. Зрительно-пространственные функции, как это видно на примере зрительной памяти, подвержены незначительным изменениям у детей и подростков с ЭАГ, в то время как речь и тесно связанные с ней психические процессы страдают заметно больше. В-третьих, во влиянии заболевания на психофизиологические процессы прослеживается отчетливый гендерный аспект. В патологический процесс у мальчиков активно включаются как эмоциональные, так и когнитивные системы психической деятельности, тогда как у девочек все в основном ограничивается эмоциональными изменениями. Дифференцированный характер в зависимости от пола носят также изменения зрительной и слухоречевой памяти. В-четвертых, патогенетические изменения при ЭАГ связаны с суточным ритмом. В одних случаях, ухудшение состояния когнитивных функций сопряжено только с ночными параметрами гипертонической нагрузки, а характер эмоциональных реакций — преимущественно с дневными. В других — ночное повышение АД вносит вклад в формирование диссомнических нарушений и опосредованно влияет на когнитивные и эмоциональные расстройства у детей и подростков с ЭАГ.

Таким образом, изучение конкретных психофизиологических соотношений у детей и подростков с ЭАГ позволяет предположить, что формирование психосоматических нарушений развертывается в процессе онтогенеза, зависит от половых различий и суточного ритма. При этом мишенями для патологических изменений могут являться не только соматические структуры, но и отдельные компоненты когнитивной деятельности и эмоциональной сферы.

Потапова В.А. Типология психических расстройств у подростков с соматическими проблемами

ГНЦ общей и судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского, Москва

Психическое здоровье индивида и общественных групп является одним из важнейших факторов, определяющих статус цивилизации, социальное благополучие общества, тенденции его ближайшего развития. Здоровье нации в будущем определяется психическим здоровьем детей и подростков (Дмитриева Т.Б., 2006; Макушкин Е.В., 2007; Гудман Р., Скотт С., 2008; Barbe R. P., 2005). Последние десятилетия характеризуются ухудшением психического здоровья подростков, в частности, ростом пограничных психических расстройств и девиантного поведения. Эти типы состояний охватывают глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. Эти состояния проявляются существенными отклонениями от образа жизни обычного, среднего индивидуума со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления, чувствования и интерперсональных отношений. Такие модели поведения имеют тенденцию к стабильности и включают многие сферы поведения и психологического функционирования. Как правило, подростки формально относятся к учебе, часто пропускают занятия, стиль поведения сочетается с разной степенью субъективного дистресса и нарушенного социального функционирования и продуктивности. Социальная дезадаптация часть прикрывается соматическими расстройствами, как социально приемлемым фасадом. Часто это вегетативные проявления, которые аггравированы и принимают соматическое звучание.

В нашем исследовании мы исследовали 87 подростков, которые безуспешно лечились у терапевтов с различными соматическими жалобами, но объективно нами выявлялись субъективного дистресса и социальной дезадаптации, отмечалась заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая несколько сфер функционирования (аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления).

Используя психоаналитическую психодраму, методологически мы разделяем два момента: интроспекция — это когда что-то помещено в психику, становится психическим; и инкорпорация — «кор» это тело — помещение в тело, а не в психику. И подростки, которым свойственна инкорпорация, функционируют на уровне тела, то есть образы, репрезентации у них телесные, это репрезентации вещей, а не слов, не символов. И тогда такие подростки вопросы решают на уровне телесном. Отреагирование в действии — нет возможности ментализировать, сублимировать, опереться на внутренние объекты, которые должны быть в психике, а не в теле, нет возможности опереться на фантазийный аппарат, представить внутри какую-то картину. Мы отметили следующие основные феномены, играющие структурообразующую роль в формировании различных путей развития психических расстройств в подростковый период:

тип отношений с объектом, барьер защиты от перевозбуждения, Я как структура психического аппарата, сверх-Я как структура психического аппарата.

Комплексный анализ вышеперечисленных факторов позволил выделить 3 основных структуры психических расстройств у подростков.

Тип А, объединяющий все вышеперечисленные феномены и свойственный, в основном невротической структуре личности, развивающий конверсионные (псевдосоматические) симптомы.

Тип Б, свойственный психотическим и пограничным личностным структурам, и развивающий тяжелые ипохондрические расстройства, навязчивые страхи заражения.

Тип В, свойственен маломентализированным психическим структурам, с неразвитым внутриспсихическим миром, с коллапсированным психическим пространством, неспособным к созданию буфера из невротического симптома или бреда и развивающие тяжелые соматопсихозы.

Катамнез, проведенный в течение 3-х лет, позволил высоко оценить примененный метод, так как мы получили существенный эффект в соматическом, психическом состоянии подростков и их успешной социализации.

Шевырталова О.Н., Мадаева И.М., Долгих В.В. Нарушения сна и артериальная гипертензия у подростков

У РАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Сон, занимающий треть всей жизни, является активным физиологическим и психологическим состоянием организма человека, во время которого активируются обменные процессы, происходит упорядочивание и запоминание поступившей в период бодрствования информации, восстановление эмоционального равновесия и нарушенной системы психологических защит. Однако сон также является состоянием, во время которого могут происходить различные патологические процессы, которые впоследствии вызывают нарушение жизнедеятельности во время бодрствования. В последние годы пристальное внимание обращено к роли самого сна и его нарушений в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (Калинкин А.Л., 2003). Известно, что во время ночного сна совершенно иначе, чем в состоянии бодрствования, осуществляется вегетативная и нейрогуморальная регуляция жизнедеятельности человека и периодически возникают разнообразные кардиоваскулярные отклонения и аномалии, что особенно характерно для подростков, т.к. именно в этом возрасте регуляторные системы организма еще крайне неустойчивы (Вейн А.М., 2000; Звездина И.В., 2002). Одной из приоритетных проблем современной педиатрии и детской кардиологии в последние годы является проблема эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) у подростков, что связано с ее широкой распространенностью в данной возрастной группе. Частота ЭАГ у подростков варьирует от 2,4% до 18% (Шалынова С.А., 2001; Долгих В.В., Леонтьева И.В., 2006). По результатам эпидемиологических исследований,

проведенных среди взрослого населения в РФ, было показано, что от 30 до 42% больных ЭАГ имеют те или иные нарушения процесса ночного сна (Мионов С.П. и соавт., 1998). Однако, при проведении подобных исследований, ученые в первую очередь основываются на субъективной оценки качества сна по данным специального анкетирования, что позволяет лишь с определенной долей вероятности судить о распространенности и структуре нарушений сна у пациентов с ЭАГ. В настоящее время единственным объективным методом диагностики нарушений сна является полисомнография (ПСГ) — это синхронная запись следующих важнейших физиологических характеристик во время ночного сна: электроэнцефалограммы (ЭЭГ), электроокулограммы (ЭОГ), электромиограммы (ЭМГ), электрокардиограммы (ЭКГ), респираторной активности, показателя насыщения крови кислородом (SaO₂) и ряда дополнительных параметров. Качественная полисомнографическая запись позволяет провести полное и всестороннее изучение всех параметров спящего человека. Кроме того, с помощью этого метода можно исследовать как влияние тех или иных заболеваний на сон, так и нарушений сна на различные нозологические формы (Белов А.М., 2000).

Учитывая все вышеизложенное, а также отсутствие литературных данных о процессе сна и его возможных нарушениях при ЭАГ у педиатрических больных, послужило основанием для проведения данного исследования и определило его **цель**: выявить возможные нарушения процесса ночного сна у подростков с ЭАГ посредством проведения полисомнографического мониторинга.

Материалы и методы. В исследование, проведенное на базе Клиники и сомнологического центра Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, были включены 2 группы пациентов мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет с верифицированным диагнозом ЭАГ. Средний возраст испытуемых составил $16,2 \pm 0,87$ лет. Контрольную группу составили 15 практически здоровых подростков, соответствующих по полу и возрасту, без эпизодов повышения артериального давления (АД) в анамнезе и не имеющих семейной отягощенности по артериальной гипертензии (АГ). Разделение осуществлялось по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Группу А составили 18 подростков с повышением уровня АД в период ночного сна (с 22.00 до 10.00), а в группу В вошли 20 подростков, имеющие подъемы уровня АД во время бодрствования (с 10.00 до 22.00).

СМАД проводилось с помощью портативного аппарата Oscar 2 для системы OXFORD Medilog Prima по общепринятой методике (Петров В.И., Ледяев М.Я., 2006).

Полисомнографический мониторинг осуществлялся с использованием системы GRASS-TELEFACTOR Twin PSG (Comet) с усилителем As 40 с интегрированным модулем для сна SPM-1 (USA).

Методика проведения ПСГ: наложение электродов и датчиков, монтаж, калибровка и борьба с артефактами, определение и оценка стадий сна осуществлялась по стандартной методике (Rechtschaffen A., Kales A., 1968).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы «Statistica» версии 6.0 (StatSoft, USA). Для оценки достоверности различий изучаемых показателей использовали непараметрический критерий Манна-Уитни, применяемый при малых выборках ($n < 30$). Все различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В ходе проведенного исследования мы проанализировали структуру и характер ночного сна у подростков обеих групп и получили следующие результаты, представленные в табл. 1.

При сравнительном анализе полученных данных с показателями в группе контроля выявлено, что у пациентов обеих групп отмечалось изменение основных характеристик ночного сна. Так, у пациентов группы А, было выявлено достоверное увеличение продолжительности поверхностного сна в 1,5 раза ($p < 0,05$) относительно группы В и контроля, параллельно происходило снижение длительности глубоких стадий сна в 1,4 и 1,7 раз ($p < 0,05$) соответственно. Также наблюдалось значительное сокращение % времени, приходящегося на долю REM-сна в 2,2 раза при сравнении между группами и в 1,6 раза ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. У подростков группы В отмечалось достоверное увеличение времени, требуемого для засыпания (латенция ко сну) в среднем до $29,91 \pm 7,32$ минут по сравнению с аналогичным показателем в группе А и контрольной группе, также было выявлено статистически значимое увеличение общего времени, проведенного в состоянии после пробуждения в течении ночи в среднем до $19,18 \pm 6,13$ минут при сравнении со значениями в группе а и с контролем, что в целом привело к сокращению общей продолжительности ночного сна в 1,2 раза, относительно группы В и контроля. Средняя продолжительность поверхностного сна в % от общего времени сна у подростков группы В не превышала контрольных величин, в то время, как наблюдалось уменьшение длительности медленно-волнового сна в 1,3 раза, за счет увеличения процента времени, приходящегося на долю REM-сна в 1,4 раза ($p < 0,05$) относительно контроля. При сравнительной оценке кардиореспираторных показателей и электроэнцефалографической активности головного мозга, было выявлено, что у пациентов группы А отмечалось изменение паттерна дыхания в виде периодических эпизодов апноэ/гиппноэ (уменьшение глубины дыхания на 50% и более, длительностью более 10 секунд), при этом индекс апноэ/гиппноэ составил $15,15 \pm 5,69$ событий/час, что в 13,8 раза ($p < 0,05$) превышает значение данного индекса как в группе в, так и в контрольной группе, сопровождаемых увеличением ЧСС на 10 ударов/минуту и более и снижением уровня минимального насыщения крови кислородом на $4,84 \pm 2,71\%$ и значительным увеличением количества активационных сдвигов на ЭЭГ (индекс реакций ЭЭГ- активаций) в 1,5 раза ($p < 0,05$) относительно группы В и в 1,7 раза ($p < 0,05$) относительно контроля.

Таблица 1.

Результаты полисомнографического мониторинга в зависимости от циркадного профиля АД у подростков с ЭАГ

Показатель	Группа А (n=18)	Группа В (n=20)	Контроль (n=15)
I-II стадии, %	73,33±2,13*#	52,07±2,36	54,3±1,71
III-IV стадии, %	12,84±1,64*#	17,04±1,25*	22,48±1,56
REM-сон, %	13,87±1,93*#	30,51±1,86*	23,38±1,8
Латенция ко сну, мин.	8,6±3,57	29,91±7,32*#	10,5±2,92
WASO, мин.	16,03±1,7	19,18±2,13*#	15,5±1,9
TST, мин.	428,83±14,28	392,54±19,08*#	430,6±12,8
Реакции ЭЭГ-активаций, событий/ час	28,25±2,94*#	18,53±1,43	16,25±0,94
ИАГ, событий в час	15,15±5,69*#	1,11±0,35	1,01±0,19
Min SaO ₂ , %	90,21±3,05*#	95,05±0,34	96,1±0,67

Примечание:

* — достоверные ($p < 0,05$) различия относительно контроля.

— достоверные ($p < 0,05$) различия между группами.

I-II стадии — поверхностный сон;

III-IV стадии — глубокий (медленноволновый) сон; REM-сон — сон с быстрыми движениями глазных яблок (Rapid Eye Movement);

WASO (Wake After Sleep Onset) - общее время в минутах, проведенное человеком в состоянии бодрствования после пробуждения в течении ночи;

TST (Total Sleep Time) - общее время в минутах, проведенное человеком в состоянии ночного сна;

ИАГ (индекс апноэ/гипопноэ) - число эпизодов апноэ/гипопноэ за 1 час сна;

Min SaO₂ - минимальное насыщение крови кислородом, %.

Тем временем, в группе В данные показатели ночного сна не имели статистически достоверных различий по сравнению с группой контроля.

Таким образом, изучение и сравнительный анализ основных показателей ночного сна у подростков с ЭАГ, полученных при проведении полисомнографического мониторинга, позволили обнаружить изменения в структуре сна у данной когорты больных по сравнению с контрольной группой, а также достоверные различия по ряду основных полисомнографических характеристик между обследуемыми группами. Обращает на себя внимание тот факт, что у подростков, имеющих повышение уровня АД в период ночного сна, было выявлено увеличенное количество эпизодов апноэ/гипопноэ сна, сопровождаемых периодической гипоксемией, и избыточным количеством активационных сдвигов на ЭЭГ, вызывающих фрагментацию сна: нарушение цикличности стадий, их продолжительности и перехо-

да из стадии в стадию, т.е. к изменению «гомеостаза сна» (Покровский В.И., 2003). Все эти факторы могут вызывать чрезмерную активность симпатической нервной системы во время сна и приводить к стабилизации ночной АГ, рефрактерной к терапии обычными гипотензивными препаратами (Воронин И.М., Белов А.М., 2000). У подростков с повышением уровня АД в период бодрствования изменения паттерна дыхания в ночное время выявлено не было, однако, отмечалось затрудненное засыпание и нарушение поддержания сна, и, в целом, это привело к сокращению общего времени ночного сна, также отмечено увеличение продолжительности REM-сна, но по сравнению с выраженными нарушениями характера и структуры ночного сна у пациентов с ночной АГ, данные изменения процесса сна у этой категории больных следует считать менее выраженными. Подобные изменения следует рассматривать как результат изменения психофизиологических взаимоотношений у подростков с ЭАГ.

Заключение. Из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что проведение ПСГ-мониторинга, который является ценным диагностическим методом, позволяющим объективизировать изменения процесса ночного сна и с высокой точностью выявить его возможные нарушения и патологические состояния, возникающие во время сна, должно быть включено в комплексное обследование подростков с ЭАГ (особенно, имеющих повышение уровня АД в ночные часы по данным СМАД), что позволит патогенетически обосновано подойти к выбору тактики лечения, уменьшить показатели инвалидности и смертности в результате развития таких грозных осложнений данной патологии, как мозговой инсульт и инфаркт миокарда в зрелом и пожилом возрасте, за счет профилактики данной патологии у подростков еще на доклиническом этапе.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

23 сентября, 9:30 — 16:30, регистрация 9:00-9:25.

Иркутск, ул. Красного восстания 1. ИГМУ, санитарно—гигиенический корпус, 4 этаж, актовый зал.

09:30 Открытие конференции.

**09:35
10:05** Семке Валентин Яковлевич, академик, директор, Белокрылова Маргарита Федоровна, в.н.с. отделения пограничных состояний НИИПЗ СО РАМН, Гарганеева Наталья Петровна, профессор кафедры поликлинической терапии СибГМУ (Томск). **Интегративный подход к анализу психосоматических расстройств в Сибири.**

**10:10
10:25** Кужлин Сергей Германович, профессор кафедры терапии и кардиологии ИГИУВа (Иркутск). **Суточный цикл и психосоматическая динамика у кардиологических пациентов.**

**10:30
10:45** Бохан Николай Александрович, зам. директора по НИР НИИПЗ СО РАМН (Томск). **Психосоматическая коморбидность в формировании аддиктивных триггерных факторов у подростков.**

**10:50
11:05** Wolfgang Wittgens M.A., MD. Chefarzt der Abteilung fuer Psychiatrie und Psychotherapie (Депрессии в пожилом возрасте).

**11:10
11:25** Белялов Фарид Исмагильевич, профессор кафедры геронтологии и гериатрии ИГИУВа (Иркутск). **Психосоматика и системный подход в медицине.**

**11:30
11:45** Иванов Станислав Викторович, зав. отделением соматогенной психической патологии НЦПЗ РАМН (Москва). **Применение психотропных средств в общей медицине.**

**11:50
12:05** Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ (Иркутск). **Соматизация — психопатологический и патогенетический анализ.**

**12:10
12:25** Семке Аркадий Валентинович, зав. отделением эндогенных расстройств НИИПЗ СО РАМН (Томск). **Соматические расстройства у больных шизофренией.**

**12:30
12:45** Бобров Александр Сергеевич, профессор, зав. кафедрой психиатрии ИГИУВа (Иркутск). **Типологический континуум аффективно-невротических синдромов в клинике неманифестной шизофрении.**

Кофе-брейк 12:50-13:20

**13:25
13:40** Волель Беатриса Альбертовна, доцент кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ ММУ им. И.М.Сеченова (Москва). **Ипохондрические развития в общемедицинской сети.**

**13:45
14:00** Окладников Владислав Иванович, зав. кафедрой неврологии ИГМУ (Иркутск). **Психосоматические проблемы и личность.**

**14:05
14:20** Симуткин Герман Геннадьевич, в.н.с. отделения аффективных состояний НИИПЗ СО РАМН (Томск). **Атипичная депрессия (особенности диагностики, клиники, терапии).**

**14:25
14:40** Стародубцев Анатолий Васильевич, доцент кафедры неврологии ИГИУВа (Иркутск). **Лимбическая система и вегетативная регуляция.**

**14:45
15:00** Насырова Регина Фаритовна, с.н.с. отделения профилактической психиатрии НИИПЗ СО РАМН (Томск). **Психическое здоровье женщин с пролиферативной патологией репродуктивной системы.**

**15:05
15:20** Стоянова Ирина Яковлевна, в.н.с. отд. профилактической психиатрии НИИПЗ СО РАМН (Томск). **Концепция клинической персонологии в аспекте психосоматических расстройств.**

**15:25
15:40** Куприянова Ирина Евгеньевна, зав. отд. профилактической психиатрии НИИПЗ СО РАМН (Томск). **Психологические характеристики пациентов с онкологическими заболеваниями.**

**15:45
16:00** Лаврик Сергей Юрьевич, ассистент кафедры неврологии ИГМУ (Иркутск). **Кардиологические осложнения синдрома обструктивного апноэ.**

Дискуссия. Закрытие конференции.

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

Дашинамжилова Валентина Нимацыреновна, Республиканская психоневрологическая больница (Бурятия). **Клиническая феноменология и психосоматические аспекты панических и паникоподобных расстройств.**

Мальцева Любовь Евгеньевна, Ягудина Русина Нурихматовна, кафедра гериатрии и геронтологии ИГИУВа, городская больница №3. **Роль психических факторов в прогнозе острых коронарных синдромов.**

Корниенко Владимир Николаевич, кафедра психиатрии ИГМУ. **Терапия нозогенных нервно-психических расстройств в раннем реабилитационном периоде после инфаркта миокарда.**

Прокопьева Мария Леонидовна, кафедра психиатрии ИГМУ. **Клинические аспекты соматизированных депрессий.**

Рожков Александр Владимирович, кафедра психиатрии ИГМУ. **Агрессивные тенденции и соматизация в структуре аффективных расстройств.**

Старкова Наталья Викторовна, кафедра психиатрии ИГМУ. **Соматизированные и коэнтопатические расстройства в клинике шизофрении.**

Собенникова Вероника Васильевна, кафедра психиатрии ИГМУ. **Опыт применения пантогам-актива в комплексной терапии психосоматических и невротических расстройств.**

Хамаева Александра Алексеевна, кафедра гериатрии и геронтологии ИГИУВа, МСЧ ИАПО. **Качество жизни и функция внешнего дыхания у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и коморбидной стенокардией.**

Ясникова Елена Евгеньевна, кафедра психиатрии ИГМУ. **Некоторые психосоматические аспекты опийной наркомании.**

Психосоматические расстройства детского возраста

23 сентября, 10:00 — 16:30, регистрация 09:30-09:55

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

	Открытие конференции.
10:00	Колесникова Любовь Ильинична, директор НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН, член - корр. РАМН. Вступительное слово.
10:15 10:35	Долгих Владимир Валентинович, зам. директора по науке, д.м.н., профессор, Колесникова Любовь Ильинична, директор, член - корр. РАМН; Поляков Владимир Матвеевич, зав. лабораторией нейропсихосоматики, к.п.н., Рычкова Любовь Владимировна, зав. отделом экологической педиатрии, д.м.н., НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Психонейрофизиологические взаимоотношения при артериальной гипертензии в энтогенезе.
10:40 10:55	Малявская Светлана Ивановна, проректор по научно-инновационной деятельности, зав. кафедрой педиатрии СГМУ, д.м.н., профессор (Архангельск). Психосоматические аспекты метаболического синдрома в детском возрасте.
11:00 11:15	Баирова Татьяна Ананьевна, зам. директора по науке, д.м.н. БФ НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Улан-Удэ), Колесникова Любовь Ильинична, член - корр. РАМН, Долгих Владимир Валентинович, д.м.н., профессор (Иркутск). Ген синтазы окиси азота и артериальная гипертензия у подростков.
11:20 11:35	Карауш Ирина Сергеевна, врач-психиатр межведомственного научно-практического центра психического здоровья НИИПЗ СО РАМН (Томск). Некоторые аспекты психического здоровья детей с нарушением слуха.
11:40 11:55	Мартынович Наталья Николаевна, зав. кафедрой педиатрии №1 ИГМУ, профессор; Бунаева Юлия Сергеевна, ИГМУ (Иркутск). Особенности личностных характеристик и вегетативного статуса у детей больных сахарным диабетом I типа.
	Кофе-брейк 12:00-12:30
12:30 12:45	Прохорова Жанна Владимировна, к.б.н.; Колесникова Любовь Ильинична, член-корр. РАМН, Власов Борис Яковлевич, д.м.н., профессор НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Эмоциональные расстройства у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.
12:50 13:05	Шевырталова Ольга Николаевна, к.м.н., Мадаева Ирина Михайловна, зав. сомнологическим центром, д.м.н., Долгих Владимир Валентинович, д.м.н., профессор НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Нарушения сна и эссенциальная гипертензия у подростков.

13:10 13:25	Протопопова Ольга Николаевна, Колесников Сергей Иванович, академик РАМН, зам. председателя Комитета по охране здоровья ГД ФС, Колесникова Любовь Ильинична, член- корр. РАМН, Бугун Ольга Витальевна, с.н.с., д.м.н., Поляков Владимир Матвеевич, к.п.н. НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Когнитивные нарушения у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.
13:30 13:45	Долгушина Марина Николаевна, Поляков Владимир Матвеевич, к.п.н., НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Особенности детско-родительских отношений у детей с психосоматическими расстройствами.
13:50 14:05	Гомбоева Арюна Сергеевна, Долгих Владимир Валентинович д.м.н., профессор, НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Психогенетические аспекты изучения тревожности при психосоматических расстройствах.
14:10 14:25	Родионова Александра Николаевна, Долгих Владимир Валентинович, д.м.н., профессор; Рычкова Любовь Владимировна д.м.н., Немова Светлана Ивановна, врач отделения педиатрии клиники НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН, к.м.н. (Иркутск). Психосоматические расстройства у высокоинтеллектуальных школьников.
	Кофе-брейк 14:30 -15:00
	МАСТЕР — КЛАССЫ
15:00 15:15	Власенко Анастасия Вячеславовна, зав. отделением физиотерапии и реабилитации, к.м.н., НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Основные подходы к немедикаментозной реабилитации детей и подростков с психосоматическими расстройствами.
15:20 15:35	Машанская Александра Валерьевна, к.м.н. НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). Рефлексотерапевтические методы лечения пациентов с психосоматическими расстройствами.
15:40 15:55	Прохорова Жанна Владимировна, н.с., к.б.н.; НЦ ПЗС и РЧ СО РАМН (Иркутск). БОС — терапия в коррекции психосоматических расстройств у детей и подростков.
16:00 16:30	Дискуссия. Закрытие конференции.
