



## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА

**И.о. главного редактора — Ильченко Людмила Юрьевна** (Москва), д.м.н., проф.

**Ответственный редактор выпуска — Медведев Владимир Эрнстович** (Москва), к.м.н., доцент

### Редакционная коллегия

**Бойцов С. А.** (Москва), д.м.н., проф.

**Боровков Н. Н.** (Н. Новгород), д.м.н., проф.

**Верткин А. Л.** (Москва), д.м.н., проф.

**Волкова Н. И.** (Ростов-на-Дону), д.м.н., проф.

**Гендлин Г. Е.** (Москва), д.м.н., проф.

**Дворецкий Л. И.** (Москва), д.м.н., проф.

**Карабиненко А. А.** (Москва), д.м.н., проф.

**Михин В. П.** (Курск), д.м.н., проф.

**Никифоров В. С.** (Санкт-Петербург), д.м.н., проф.

**Ойноткинова О. Ш.** (Москва), д.м.н., проф.

**Сайфутдинов Р. И.** (Оренбург), д.м.н., проф.

**Стаценко М. Е.** (Волгоград), д.м.н., проф.

**Терентьев В. П.** (Ростов-на-Дону), д.м.н., проф.

**Ткачева О. Н.** (Москва), д.м.н., проф.

**Чесникова А. И.** (Ростов-на-Дону), д.м.н., проф.

**Ягода А. В.** (Ставрополь), д.м.н., проф.

**Якушин С. С.** (Рязань), д.м.н., проф.

### Редакционный совет

**Васюк Ю. А.** (Москва), д.м.н., проф.

**Кактурский Л. В.** (Москва), д.м.н., проф.

**Мазуров В. И.** (Санкт-Петербург), член-корр. РАН, д.м.н., проф.

**Малеев В. В.** (Москва), академик РАН, д.м.н., проф.

**Мельниченко Г. А.** (Москва), академик РАН, д.м.н., проф.

**Мухин Н. А.** (Москва), академик РАН, д.м.н., проф.

**Насонов Е. Л.** (Москва), академик РАН, д.м.н., проф.

**Никитин Ю. П.** (Новосибирск), академик РАН, д.м.н., проф.

**Скворцова В. И.** (Москва), член-корр. РАН, д.м.н., проф.

**Туев А. В.** (Пермь), д.м.н., проф.

**Тюрин В. П.** (Москва), д.м.н., проф.

**Федосеев Г. Б.** (Санкт-Петербург), академик РАН, д.м.н., проф.

**Хохлов А. Л.** (Ярославль), д.м.н., проф.

**Шляхто Е. В.** (Санкт-Петербург), член-корр. РАН, д.м.н., проф.

Научно-практический  
журнал для работников  
здравоохранения

Включён в Перечень  
ведущих рецензируемых  
периодических изданий  
ВАК Минобрнауки РФ



www.medarhive.ru  
МАРТ 2016

#### УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

Общество с ограниченной ответственностью «Синапс»  
115088, Москва, ул. Угрешская, д. 2, стр. 145  
Тел.: (495) 777-41-17  
E-mail: info@medarhive.ru

#### ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР

Ольга Александровна Чернова  
o\_chernova@medarhive.ru

#### АДРЕС РЕДАКЦИИ

115088, Москва, ул. Угрешская, д. 2, стр. 145  
Тел.: (495) 777-41-17

#### Научные консультанты

Екатерина Сергеевна Иванова, к. м. н.  
Владимир Эрнстович Медведев, к.м.н.

#### Медицинский редактор

Надежда Александровна Былова, к.м.н.  
mededitor@medarhive.ru

#### Верстка

Виталий Котов

#### Отдел распространения и рекламы

Александр Мазуров  
reklama@medarhive.ru

Тираж 3000 экземпляров.

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору  
в сфере связи, информационных технологий и массовых  
коммуникаций (Роскомнадзор).

Свидетельство о регистрации  
ПИ № ФС77-45961 от 26 июля 2011 г.

#### Отпечатано в типографии «Onebook.ru»

ООО «Сам Полиграфист»  
109125, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5  
www.onebook.ru

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламы несут компании-  
рекламодатели.

Ⓐ авторский материал

Ⓟ публикации на правах рекламы

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале  
«Архивъ внутренней медицины»,  
размещение таких материалов в любых СМИ и Интернете  
допускается только по согласованию с редакцией.

Распространяется по подписке.

DOI: 10.20514/2226-6704-2016-2



## СОДЕРЖАНИЕ

### ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Гусманова З.К. Актуальные аспекты диагностики и реабилитации больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии .....	7
Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами поведения пубертатного периода .....	8
Искандарова Ж.М., Бабарахимова С.Б. Конституционально-личностные особенности девочек при нервной анорексии .....	9
Мурашова Л.А., Филиппченкова С.И., Эшонова Т.В. Психосоматический статус и качество жизни подростков, перенесших острый гематогенный остеомиелит .....	10
Кардашян Р.А. Соматовегетативные аспекты в подростковой наркологии .....	11
Кардашян Р.А. Психосоматические расстройства при компьютерной игровой зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений .....	12
Кардашян Р.А. Профилактика психосоматических проявлений у учащихся общеобразовательных учреждений с компьютерной игровой увлеченностью .....	13

### ГИНЕКОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Магомедова А.Ш., Омаров Н. С-М. Перинатальные аспекты кровнородственных браков .....	15
Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю. Проблема пограничных психических расстройств при бесплодии у женщин .....	16
Шохайдарова Р.Ю., Бабарахимова С.Б. Психоэмоциональные состояния беременных с учётом личностных особенностей .....	17
Волынкин А.А., Власов П.Н., Петрухин В.А. Депрессивный синдром в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы у беременных .....	18
Волынкин А.А., Власов П.Н., Петрухин В.А. Астенический синдром в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы у беременных .....	19
Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С. Об ощущении шевеления в животе после родов .....	20

### ИНФЕКЦИОННЫЕ И ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Давыдова И.А., Ярославская М.А. Особенности стресс — преодолевающего болезни поведения пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн — Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства .....	21
Соболев В.А., Чумаков Д.В., Давыдова И.А., Ярославская М.А. Степень истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости как ответ на возникшую проблему болезни у пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства .....	22
Стригина Т.Ф., Стригина М.И. Клиническая картина астенического синдрома у пациентов с ВИЧ-инфекцией и у людей, ожидающих результатов обследования .....	23
Новиков В.В. Этапы развития психических расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией .....	24
Хабирова Н.Г., Тагаева Д.Ф. Значимость хронических инфекций гепатита В и С при некоторых ревматологических заболеваниях и психоэмоциональный статус у данного контингента больных .....	25
Шахмарданов М.З., Чернобровкина Т.Я., Никифоров В.В., Бурова С.В., Виноградов Н.А., Томили Ю.Н., Лашин В.Я., Янковская Я.Д. Особенности соматического состояния у ВИЧ-инфицированных пациентов с наркозависимостью .....	26
Шахмарданов М.З., Чернобровкина Т.Я., Никифоров В.В., Бурова С.В., Соколова Л.В., Литвинова О.С., Володина В.Н., Онухова М.П. Хронические вирусные гепатиты в наркологической практике: особенности клинического течения и диагностики .....	27

### ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ

Славянская Т.А. Особенности астмы у пожилых: психологические аспекты и сопутствующие заболевания .....	28
Эшниязова У.Н. Частота встречаемости личностной и реактивной тревоги у больных с системной красной волчанкой .....	29

## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

- Бабаджанова Н.Э.* Динамика показателей качества жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких в процессе лечения ..... 30
- Соболев В.А., Ярославская Л.И., Ярославская М.А.* К вопросу о роли совладающего поведения в психологической адаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких ..... 31
- Соболев В.А., Ярославская Л.И., Ярославская М.А.* Оценка динамического взаимодействия потерь и приобретений личностных ресурсов стрессоустойчивости у пациентов, страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями легких и их роль в психосоциальной адаптации к болезни ..... 32

## КАРДИОЛОГИЯ

- Березуцкий В.И.* Вертеброгенная кардиопатия как психосоматическое расстройство ..... 33
- Выборных Д.Э., Олексенко Л.В., Федорова С.Ю., Хрущев С.О.* Психические расстройства в пространстве заболеваний системы крови (типология и терапия) ..... 34
- Марсальская О.А., Никифоров В.С.* Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и уровень тревожности у работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией ..... 35
- Медведев В.Э., Елифанов А.В., Мартынов С.Е.* Психосоматическая типология и клинко-динамические характеристики сердечно-сосудистых заболеваний ..... 36
- Бабаджанова Н.Э.* Депрессивные состояния и их лечение у больных с ишемической болезнью сердца ..... 37
- Тураева Д.М., Алимова Г.У.* Влияние тревожного синдрома на лечение пациентов с артериальной гипертензией ..... 38
- Игнатова Ю.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А.* Тревожные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ..... 38
- Саипова М.Н., Махмудова М.С.* Когнитивные нарушения и качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью ..... 39
- Жумамуратова Н.С.* Активность вегетативной нервной системы у больных хронической сердечной недостаточностью ..... 40
- Медведев В.Э.* Депрессия в кардиологической практике: результаты национальной мульти-центральной программы "ПУЛЬС" ..... 41

- Халмухамедова С.М.* Депрессивные состояния и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди молодежи ..... 42
- Лубнина А.С., Леушина Е.А.* Влияние приема статинов на психоэмоциональный статус пациентов с ишемической болезнью сердца ..... 43
- Еремина Д.А.* Психосоциальные факторы оптимизации когнитивного функционирования пациентов с ИБС, перенесших коронарное шунтирование ..... 44
- Сапожников А.Н., Сабитов И.А., Мазурова О.В., Серякова А.М., Леонова Е.Э., Яхина Г.Х., Степанова У.Б.* Клинико-психологические особенности больных с острым коронарным синдромом и сопутствующей язвенной болезнью ..... 45
- Зайцева Н.С., Багмет А.Д., Топольскова А.И., Чеботов С.А.* Психоневрологические особенности последствий боевого стресса у ветеранов боевых действий, страдающих артериальной гипертензией ..... 46
- Махмудова М.С., Саипова М.Н.* Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца и нарушениями ритма ..... 47
- Трясунова М.А., Агафонов К.И., Маслова Н.Н., Уласень Т.В.* Взаимосвязь эмоционального статуса и клинко-лабораторных показателей у пациентов сосудистого профиля ..... 48
- Бабаджанова Н.Э., Жумамуратова Н.С.* Особенности течения хронической сердечной недостаточности у больных с психовегетативными нарушениями ..... 49
- Ефремова Е.В., Шутлов А.М., Сабитов И.А., Бородулина Е.О.* Коморбидность и личностные особенности больных с хронической сердечной недостаточностью ..... 49
- Жумамуратова Н.С.* Взаимосвязь психоэмоционального статуса и течение болезни у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца ..... 50
- Шоалимова З.М., Ботирова Н.Б.* Хроническая сердечная недостаточность после перенесенного инфаркта миокарда и улучшение качества жизни ..... 51
- Ватушин Н.Т., Смирнова А.С.* Психосоматические аспекты коморбидной патологии: хроническая сердечная недостаточность и хроническая обструктивная болезнь легких ..... 52
- Халмухамедова С.М.* Психосоматические расстройства и клинические особенности течения ишемической болезни сердца у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких ..... 53

Эшниязова У.Н. Тревожно-депрессивные состояния у больных с артериальной гипертензией и влияние диспансерного наблюдения в амбулаторном звене .....	54
--	----

## ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Царенко М.А., Горбеев Л.Н. Распространенность метаболических нарушений и СД 2 типа у больных с расстройствами шизофренического спектра при длительной антипсихотической терапии с учетом гендерного фактора .....	55
Лахнов М.А., Гусева Н.П. Значение психиомоциональной сферы в тактике лечения соматических заболеваний у пациентов с избыточной массой тела .....	56
Шимкина Н.Ф., Мухитова Ю.В. Влияние метода инсулинотерапии на развитие когнитивных и эмоционально — аффективных расстройств у пациентов с сахарным диабетом 1 типа .....	57
Будникова Н.В., Ушакова С.Е., Романенко И.А. Психологические особенности лиц с метаболическим синдромом в зависимости от его составляющих .....	58
Жумамуратова Н.С. Оценка клинико-функционального и психологического состояния пациентов с сахарным диабетом типа 2 .....	59
Мазо Г.Э., Ганзенко М.А. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода .....	60
Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Калантаров Т.К., Холодин С.П. Психосоматическая составляющая и качество жизни больных хирургического профиля .....	61

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Вахрушев Я.М., Бусыгина М.С. Психоэмоциональное состояние у больных язвенной болезнью с сопутствующей дуоденальной недостаточностью .....	62
Тураева Д.М., Алимова Г.У. Особенности психоэмоционально — личностной сферы у больных язвенной болезнью .....	63
Садикова С.И., Джамилова С.Х. Влияние психосоматических расстройств на течение кислотозависимых заболеваний .....	63
Фирсова Л.Д., Пичугина И.М., Медведев В.Э. Эзофагоспазм: соотношение психических и соматических факторов развития .....	64
Тураева Д.М., Алимова Г.У. Изучение психологического статуса и функционального состояния желчного пузыря у пациентов с желчнокаменной болезнью в первичном звене здравоохранения .....	65

Жумамуратова Н.С. Оценка уровня тревожности у пациентов с функциональной диспепсией в амбулаторно-поликлинических условиях .....	66
Тураева Д.М. Соотношение вегетативного статуса и интенсивность болей при язвенной болезни .....	67
Тунник Н.В., Фирсова Л.Д. Ощущение кома в горле — один из новых симптомов в практике гастроэнтеролога .....	67
Тураева Д.М., Алимова Г.У. Оценка уровня тревожности у пациентов с функциональной и органической диспепсией в первичном звене здравоохранения .....	68
Тураева Д.М. Клинические особенности течения и взаимосвязи с психоэмоционально-личностной сферы у пациентов с язвенной болезнью .....	69

## СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Анисимова Е.Н., Ерилин Е.А. Оценка психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма .....	70
Анисимова Е.Н., Ерилин Е.А. Стоматологический приём пациентов с психоэмоциональными нарушениями .....	71
Чкадуа Т.З., Качмазова М.В., Лащинина Ю.А. Диагностика психических расстройств у пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области различной этиологии .....	72
Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Фролова В.И., Фофанова Ю.С., Чантырь И.В. Психометрическая оценка уровней тревоги и депрессии у взрослых пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями до и после хирургического лечения .....	73
Медведев В.Э., Фролова В.И., Дробышев А.Ю. Психопатологические расстройства у пациентов с травмами челюстно-лицевой области .....	74
Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Дробышев А.Ю., Фролова В.И., Просычева О.О. Психопатологические характеристики пациентов с атипичной одонтоалгией .....	75
Фофанова Ю.С., Фролова В.И., Медведев В.Э., Дробышев А.Ю. Патологические телесные сенсации в челюстно-лицевой области у пациентов стоматологов и челюстно-лицевых хирургов .....	76

## ДЕРМАТОЛОГИЯ

Герасимчук Е.В., Герасимчук М.Ю. Психосоматические параллели дерматозов и микозов .....	77
Фролова В.И. Психопатологические механизмы аутоагрессивного поведения в дерматологии (дерматозойный бред и ограниченная ипохондрия) .....	78



Жильцова Е.Е., Ермошина Н.П. Психосоматические аспекты качества жизни у больных Акне .....	79
Лыткина К.А., Зянгилов Р.Р. Псориаз как психосоматическое заболевание .....	80

## ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Виссарионов В.А., Медведев В.Э., Мартынов С.Е., Фролова В.И. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога .....	81
Мартынов С.Е., Арина Г.А. Факторы психологической готовности стать пациентом эстетической медицины .....	82
Виссарионов В.А., Медведев В.Э. Распространенность аффективных и тревожных расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога .....	83
Медведев В.Э. Психические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога без верифицированных аномалий внешнего вида .....	84

## ГЕРИАТРИЯ И ГЕРОНТОЛОГИЯ

Холтаева Ф.Ф., Алимова Г.У. Психические расстройства у лиц пожилого и старческого возраста .....	85
Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В. Лечение и реабилитация депрессивных расстройств у пациентов гериатрического интерната .....	86
Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Особенности течения болезни Альцгеймера на Южном Урале .....	87
Тураева Д.М., Алимова Г.У. Особенности психиатрической помощи в геронтологии .....	88
Алимова Г.У. Психические расстройства у больных пожилого и старческого возраста .....	89

## НЕВРОЛОГИЯ

Добрушина О.Р., Арина Г.А., Осина Е.Д. Клинические и психологические эффекты БОС-терапии в лечении мигрени .....	90
Сабитов И.А., Сапожников А.Н. Оценка депрессивных расстройств при хронической вертеброгенном болевом синдроме .....	91
Матякубова М.К., Ходжаева Н.И., Давлетярова У.М. Особенности структуры сна у больных инсомнией различного генеза .....	92
Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Досужева Е.А. Психосоматический статус и качество жизни пациентов с патологией ЦНС .....	93

Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А., Кашехлебов К.Ю. Психологические предикторы и качество жизни больных неврологического профиля .....	94
--	----

Рябченко А.Ю., Богданов В.С., Долгов А.М., Зверева Е.А. Особенности нейропсихологических нарушений в остром периоде ишемического инсульта в зависимости от патогенетического подтипа .....	95
--	----

Алимова Г.У., Холтаева Ф.Ф. Депрессивные расстройства в резидуальном периоде ишемического инсульта .....	96
--	----

Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В. Исследование психосоматических взаимосвязей в постинсультный период .....	97
--	----

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ИМИТИРУЮЩИЕ ИЛИ ПРОТЕКАЮЩИЕ С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Осколкова С.Н. Психосоматические нарушения как одна из причин гипо- и гипердиагностики шизофрении .....	98
---	----

Брюхин А.Е., Марилов В.В., Линева Т.Ю. Особенности патоморфоза нервной анорексии у мужчин .....	99
---	----

Медведев В.Э. Соматоформное расстройство по типу кардионевроза (вегетососудистая дистония): клинико-динамическая типология .....	100
--	-----

Шабанова А.А., Виноградова М.Г., Кошелев В.В. Диагностика личностных особенностей пациентов с нарушениями пищевого поведения .....	101
--	-----

Баулина М.Е. Социальная фрустрация у лиц с нарушением пищевого поведения .....	102
--	-----

Бардюркина В.А., Антохин Е.Ю. Особенности клинических проявлений эндогенных депрессий у больных с нарушением пищевого поведения .....	103
---	-----

Белотелова А.Н., Василенко Л.М., Горобец Л.Н. Типология нарушений пищевого поведения у психически больных в процессе терапии антипсихотиками второго поколения .....	104
--	-----

Медведев В.Э., Горбунов Ю.Е. Соматовегетативные симптомокомплексы при сезонном аффективном расстройстве .....	105
---	-----

Жинжило Е.В., Слепкова Н.В., Худина Ю.С., Дмитриев М.Н. Некоторые критерии диагностики СДВГ и коморбидных проявлений у студентов .....	106
--	-----

Жинжило Е.В., Слепкова Н.В., Худина Ю.С. Анамнестические особенности у студентов с критериями диагностики СДВГ .....	107
--	-----

Менделевич В.Д. Сомническая ангедония: неудовлетворенность сном как психосоматическая проблема ..... 108

Прибытков А.А. Значение стресса и когнитивных особенностей при соматоформных расстройствах ..... 109

Бабаджанова Н.Э. Психовегетативные нарушения у больных нейрциркуляторной дистонией и возможность их коррекции ..... 110

## ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Васильева И.С., Резван В.В. Психосоматический статус больных с постинфарктным кардиосклерозом при включении в комплексное лечение таурина ..... 111

Ватутин Н.Т., Христиченко М.А. Безопасность применения бупирона гидрохлорида у пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством и хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии ..... 112

Садикова С.И., Джалилова С.Х. Коррекция психосоматических расстройств при хронической сердечной недостаточности ..... 113

Гушанская Е.В., Федин Э.Е., Москалева О.В., Ильин М.П. Опыт комбинированного применения Дулоксетина и Прегабалина в лечении идиопатической боли ..... 114

Терещенко О.Н., Кост Н.В., Медведев В.Э., Мясоедов Н.Ф. Купирование тревожных расстройств в общемедицинской практике пептидным препаратом Селанк ..... 115

Зуйкова Н.Л., Медведев В.Э., Тер-Исраелян А.Ю., Фролова В.И., Чобану И.К., Некрасова С.В., Бурно А.М., Елифанов А.В. Эффективность психофармакотерапии и психотерапии психических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ..... 116

Кардашян Р.А. Дифференцированная фармакотерапия вегетативных, соматических и психических проявлений абстинентного синдрома компьютерной игровой зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений ..... 117

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Анисимова Е.Н., Голикова А.М., Анисимова Н.Ю. Способ коррекции тревожности беременных перед стоматологическим лечением ..... 119

Баранова А.Б., Лаврова М.А. Психосоматическое здоровье: психологические защиты и стресс сотрудников силовых структур ..... 120

Белокрылов И.В., Райзман Е.М., Семиков С.В. К вопросу о показаниях к применению психотерапии пациентам с соматизированными расстройствами ..... 121

Бурно А.М., Некрасова С.В., Зуйкова Н.Л. Опыт применения методики инверсии возможностей для психотерапии агорафобии в структуре панического расстройства ..... 122

Зуйкова Н.Л., Некрасова С.В., Павлова С.В. Клиническая семейная психотерапия. Интегративный подход на основе биопсихосоциодуховной парадигмы ..... 123

Зуйкова Н.Л., Спасский М.Е. Опыт групповой работы с супружескими парами в духе клинической семейной психотерапии ..... 124

Летунова Н.Ю. Особенности использования метода мотивационного интервьюирования у пациентов с дентофобией в амбулаторной практике ..... 125

Прибытков А.А. Когнитивно-поведенческая терапия соматоформных расстройств (описание серии случаев) ..... 126

Салынцев И.В., Зуйкова Н.Л. Гипнотерапия в комплексном лечении героиновой наркомании (клинический случай 12-летней стойкой ремиссии) ..... 127

Семиков С.В., Симаков Ю.Г. Изменение адгезии эритроцитов под влиянием психотерапии (эриксоновский гипноз) ..... 128

Суховершин А.В., Пантин А.В. Трансперсональная психотерапия в комплексе курортного лечения больных с аффективными расстройствами при психосоматических заболеваниях ..... 129

Суховершин А.В. Краткосрочная интегративная психотерапия и психологическая помощь на курорте Белокуриха при синдроме эмоционального выгорания ..... 130

Жилев А.Г. Особенности усвоения и переработки информации в различные периоды развития личности ребенка и построение профилактической антинаркотической модели ..... 131

## ЭКСПЕРТИЗА

Крапивницкая Т.А., Хашба Б.Г., Крапивницкая Л.В. Медицинское обеспечение полетов и психодиагностический подход во врачебно-лётной экспертизе ..... 134

Кузьмина С.В., Яхин К.К. Актуальность и особенности роли врача-психиатра в медицине труда ..... 135

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ ..... 136

# ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХОСОМАТИКА

**З.К. Гусманова**

ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ,  
Москва, Россия

## АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

**Z.K. Gusmanova**

Scientific and Practical Centre for Child and Adolescent Mental Health, Moscow, Russia

## ACTUAL ASPECTS OF DIAGNOSIS AND REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH THE SYNDROME OF ANOREXIA NERVOSA

**Актуальность.** Используя междисциплинарный подход в решении вопросов диагностики и терапии больных с нарушениями пищевого поведения в стационаре, необходимо проводить всестороннее обследование пациентов, которое должно включать в себя оценку психического, неврологического и соматического статуса, анализ пищевого анамнеза и нутритивного статуса, изучение внутрисемейных отношений и социальных потребностей, с дальнейшей разработкой методов коррекции и реабилитации, которая должна осуществляться психиатром, педиатром, диетологом и психотерапевтом.

**Целью** исследования является изучение нарушений пищевого поведения у больных детского и подросткового возраста с синдромом нервной анорексии, исследование нутритивного статуса и пищевого анамнеза с последующей разработкой комплексной программы лечебно-профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** В настоящее исследование вошли результаты клинико-динамического изучения 56 пациенток женского пола с синдромом нервной анорексии в возрасте от 12 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в НПЦ ПЗДП с диагнозом по МКБ-10 F50.0.

**Результаты.** Пациенты обратились к врачу, когда временной период от начала заболевания составлял от 3 месяцев до 4 лет, при этом в 29% случаев

наблюдался дефицит массы тела (ИМТ 16-18), а в 71% случаев — выраженный дефицит (ИМТ < 16). Потеря массы тела у 7% пациенток составила меньше 10 кг, у 57% — от 10 до 20 кг, а в 36% случаев потеря массы составила более 20 кг. При оценке психического статуса были выражены дисморфобические-дисморфоманические, аффективные расстройства, ипохондрические, психопатоподобные нарушения. Более чем у двух третей пациенток, тяжесть состояния определялась нарастанием вторичных соматоэндокринных нарушений на фоне выраженной белково-энергетической недостаточности. Проводимая диетотерапия была направлена на прекращение потери веса у пациенток, постепенное регулирование пищевого поведения и формирование адекватного восприятия чувства голода и насыщения. За время госпитализации прибавка в весе у 22% пациенток составляла от 1 до 3 кг, у 20% — от 3 до 5 кг, у 58% — более 5 кг. С момента поступления в стационар с пациентками проводилась психотерапия с целью коррекции представлений об идеальном весе, формирование навыков рационального питания и методов поддержания желаемого веса. Целью фармакотерапии являлась коррекция соматоэндокринных нарушений с одновременным применением психотропных препаратов (постепенно наращивались дозы нейрорепрессантов, по показаниям добавлялись транквилизаторы и антидепрессанты). Продолжительность курса лечения зависела от состояния больной и составляла в 42% случаев 2 месяца, в 21% — 1 месяц, в 37% — более 2 месяцев.

**Заключение**

1. В решении вопросов диагностики и терапии больных с нарушениями пищевого поведения, необходимо проводить комплексную оценку состояния пациентов.

2. Анализ пищевого анамнеза показал, что все пациенты, госпитализированные в НПЦ ПЗДП, обратились за помощью на поздних сроках заболевания.

3. Оценка нутритивного статуса свидетельствует о наличии выраженной белково-энергетической недостаточности.

4. При лечении расстройств пищевого поведения необходимо основываться на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии, диетотерапии и психосоциальной терапии.

**С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

**S.B. Babarahimova, J.M. Iskandarova**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan.

## PERSONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE BEHAVIORAL DISORDERS OF PUBERTY PERIOD

**Актуальность.** По данным ряда авторов, только 27% подростков с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и патохарактерологические реакции. Депрессия у подростков распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста.

**Цель исследования:** изучить личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами и их влияние на формирование поведенческих нарушений пубертатного периода для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

**Материалы и методы исследования:** были обследованы 28 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных

особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты и обсуждение:** в зависимости от преобладания симптомов депрессивного регистра у обследованных подростков, все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией — 43,8% (n=12), тревожной депрессией — 31,2% (n=9), маскированной депрессией 25% (n=7). В зависимости от типа личности пациентам были присущи такие черты как склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности социальных контактов, импульсивность, раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, внутренняя напряженность, тревога, двигательное беспокойство, неусидчивость, стремление к постоянной перемене места. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков.

По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессия тяжёлой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у подростков психоастенического типа, у которых



чаще всего отмечалась склонность к самоповреждению и аутоагрессии. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациентов с демонстративным типом личности, поведенческие нарушения у которых проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением.

**Вывод:** выделение типов депрессивного поведения с учётом конституционально-личностных особенностей позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового периода, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

## Ж.М. Искандарова, С.Б. Бабарахимова

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан

# КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

J.M. Iskandarova, S.B. Babarahimova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

## PERSONAL CHARACTERISTICS OF GIRLS ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

**Актуальность.** Пубертатный период характеризуется возникновением разнообразных патопсихологических состояний, свойственных именно подростковому возрасту в связи с недостаточной зрелостью в личностном плане. Нервная анорексия начинается в препубертатном, пубертатном периоде. В преморбидном периоде у многих больных имеют место психопатические черты характера. В процессе развития заболевания может происходить либо заострение имеющих место психопатических черт характера, либо появление несвойственных ранее изменений личности.

**Целью** настоящего исследования являлось изучение вариантов психопатических и психопатоподобных расстройств формирующихся при нервной анорексии, а также динамики личностных изменений на различных этапах заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Было изучено 30 случаев нервной анорексии с помощью клинко-психопатологического, клинко-катamnестического и экспериментально-психологического методов.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования было установлено, что у 21 больной (70%) в процессе болезни происходило заострение психопатических черт характера, у 6 больных (20%) появление новых ранее не свойственных изменений личности. Заострение истерических и возбудимых черт характера происходило на аноректи-

ческом этапе, тревожные и шизоидные черты чаще усиливались на этапе выраженной кахексии. При заострении возбудимых черт характера больные были агрессивны, требовательны, конфликтовали с родственниками. У этих больных проявлялись истерические или истероформные расстройства с эгоцентризмом, капризностью, лживостью, стремлением быть в центре внимания. Наиболее выраженными эти черты характера были у больных с искусственно вызываемыми рвотами. У 4 больных (13%) без наличия в преморбиде психопатических черт характера в процессе болезни развивались черты возбудимости и агрессивности. У меньшей части больных (6,6%) в динамике болезни появлялись тормозимые черты характера с неудовлетворенностью собственной внешностью, склонностью к сомнениям, самоанализу. Эти расстройства сочетались с раздражительностью и возбудимостью. В 60% случаев формирование или заострение патологических черт характера происходило в дисгармоничных семьях, в условиях подавляющего воспитания и трудных отношений с матерью.

**Выводы.** Психопатоподобные расстройства при нервной анорексии на определенных этапах могут рассматриваться как облигатная симптоматика. Психопатические и психопатоподобные расстройства значительно утяжеляют психическую картину болезни и уменьшают эффективность проводимой терапии. Эффект от проводимой терапии при лечении нервной анорексии может быть достигнут при сочетанном использовании индивидуальной и семейной психотерапии.

**Л.А. Мурашова, С.И. Филиппченкова, Т.В. Эшонова**

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, Тверь, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

**L.A. Murashova, S.I. Filipchenkova, T.V. Eshonova**

GBOU VPO "Tver state medical Academy" of Ministry of healthcare of the Russian Federation, Tver, Russia

## PSYCHOSOMATIC STATUS AND THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENT SURVIVORS OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS

**Цель исследования** — изучение качества жизни, самооценки, локуса контроля и уровня тревожности у подростков, перенесших острый гематогенный остеомиелит и сравнение уровня и степени выраженности данных показателей со здоровыми подростками. Острый гематогенный остеомиелит является распространенным, тяжелым гнойно-септическим заболеванием детского возраста. Среди всей гнойной патологии острый гематогенный остеомиелит составляет 6 — 12,2% и в 79,1–88,7% случаев поражает длинные трубчатые кости. Перенесенный деструктивный процесс в костной системе в последующем может приводить к ортопедическим осложнениям и инвалидизации больного, в связи с нарушением роста конечности, что придает проблеме остеомиелита не только медицинскую, но и социальную значимость.

**Материал и методы.** Обследованы 72 подростка в возрасте от 16 до 18 лет, которых разделили на две группы. В первую (исследовательскую) группу были включены 30 подростков, из числа пролеченных по поводу острого гематогенного остеомиелита во II ХО ДОКБ г. Твери в период с 2002 по 2013 г. Критериями включения в исследовательскую группу служили: срок от момента перенесения острого процесса свыше 6 месяцев, а также подтвержденная клинически и рентгенологически стадия выздоровления или ремиссии на момент обследования. Среди обследованных мальчиков — 16 (53,3%), девочек — 14 (46,7%) средний возраст составил  $16,7 \pm 5,5$  (Me 17) лет. Острый процесс в основном переносился в подростковом периоде. Патологический очаг чаще локализовался в костях голени, реже поражались бедренная кость и плечевая. Во вторую группу были отобраны 42 подростка I-II группы здоровья из числа обследованных на базе лаборатории подростковой медицины ТГМА. Среди них юношей — 11, девушек — 31, средний возраст составил  $17,6 \pm 1,8$  (Me 18) лет. Диагностический инструментальный исследования соста-

вили методики: методика оценки личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, шкала оценки качества жизни Э. Динера, предназначенная для измерения глобальной удовлетворенностью жизнью и методика диагностики уровня субъективного контроля (интернальности) Дж. Роттера.

**Результаты:** уровень личностной и ситуативной тревожности практически одинаков у испытуемых первой и второй групп: тревожность не является одним из проявлений острого гематогенного остеомиелита, а представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. Высокий и средний уровни интернальности преобладают в группе здоровых подростков, а низкий уровень интернальности значительно выше в группе подростков, перенесших острый гематогенный остеомиелит. Высокий уровень качества жизни доминирует в группе здоровых подростков, низкий — в группе больных, будучи обусловленным в значительной степени социально-экономическими условиями, уровень качества жизни находится в зависимости от мотивов деятельности конкретного человека, особенностей его психики, состояния здоровья и функциональных возможностей организма.

**Заключение.** Отдаленными последствиями острого гематогенного остеомиелита у подростков являются не только нарушения анатомо-функционального состояния верхних и нижних конечностей и косметические дефекты, но и широкий спектр психологических проблем, которые затрудняют адаптацию, снижают самооценку и уровень качества жизни, осложняют профессиональное самоопределение и межличностное взаимодействие, приводят к развитию психосоматических заболеваний, срывам в профессиональной деятельности, отклоняющимся (девиантным) формам поведения.

**Р.А. Кардашян**

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР МИ РУДН,  
Москва, Россия

**СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ В ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ****R. A. Kardashyan**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

**SOMATOVEGETATIVE ASPECTS IN ADOLESCENT NARCOLOGY**

**Актуальность.** Проблема подросткового алкоголизма носит угрожающий характер. По последним данным социологических исследований 82% молодых людей в возрасте 12-22 года употребляют алкогольные напитки.

Пробовать спиртные напитки подростки начинают с 14 лет и даже раньше. В связи с этим введено понятие «детского алкоголизма». Подростковый алкоголизм формируется в сжатые сроки: в 3 раза быстрее, чем у взрослых.

Алкогольная интоксикация приводит к снижению уровня интеллекта, памяти, воздействует на внутренние органы — почки, печень, сердце, снижает активность иммунной защиты организма, что ведет к повышенной восприимчивости к инфекционным заболеваниям, наносит непоправимый вред эндокринной системе, процесс старения происходит в несколько раз быстрее.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе 12 муниципальных образовательных учреждений г. Краснодара с 2009 по 2012 гг. Объектом исследования являлись 2000 школьников (1137 чел. мужского, 56,8% и 863 чел. женского пола, 43,1%). Учащиеся были сопоставимы по возрасту ( $15,2 \pm 1,0$  лет) и социально-демографическим показателям.

Изучение распространенности употребления алкоголя проводилось с помощью социального интервью — анкетирования, клинического обследования (опрос, осмотр, наблюдение за поведением), опроса родителей, исследования общего анализа крови, биохимических показателей, УЗИ внутренних органов. Было собрано и обработано 2000 анкет. Проводили скрининговое исследование на предмет употребления алкоголя. Особое внимание было уделено конфиденциальности обследования. Опрос учащихся проводился во время учебных занятий.

Были использованы параметрические и непараметрические статистические методы. Для описания данных применялись средние значения выборок, выбо-

рочные стандартные отклонения, медианы. Обработка и анализ осуществлялись с использованием программ статистического анализа MS Excel, SPSS 10.0.

**Результаты.** Показатели употребления алкогольных напитков свидетельствуют о его распространенности среди школьников.

51,2% учеников (1024 чел.) имели первый опыт употребления алкоголя. В возрасте 7 лет спиртные напитки пробовали 0,4% школьников, в 10 — 11 лет — 11,9%, в 12 — 13 лет — 35,9%, в 14 — 15 лет — 51,8%. Водку пробовали 11% (113 чел.) учащихся, пиво — 34% (348 чел.), коктейли — 23% (236 чел.), вино — 17% (174 чел.), шампанское — 13,5% (138 чел.), самогон — 1,5% (15 чел.).

На момент обследования 14,3% учащихся (287 чел.) отметили, что принимают спиртные напитки от 1 до нескольких раз в неделю, а 27,6% (553 чел.) — эпизодически, только по праздникам. 50% школьников (420 чел.) предпочитали пиво, 15,2% (128 чел.) — крепкие напитки (водка, коньяк, самогон), 34,8% (292 чел.) — разные спиртные коктейли. Из 287 учащихся, принимающих спиртные напитки несколько раз в неделю, 34% школьников (98 чел.) принимали алкоголь 1 раз в неделю, 66% (189 чел.) — 2 — 4 раза в неделю. Часть учащихся (58,1%, 57 чел.) принимала алкоголь в течение 1 года, часть (28,6%, 28 чел.) — в течение 12 — 18 месяцев и незначительное число (13,3%, 13 чел.) — в интервале 18 — 24 месяцев. Толерантность к крепким напиткам составила 0,2 — 0,3 литра, к слабым — до 1,2 — 1,5. Абстинентный синдром сформирован не был. При отмене алкоголя у школьников, принимающих спиртное 2 — 4 раза в неделю, отмечались только легкой степени соматовегетативные расстройства (тахикардия, потливость, сухость во рту, общий дискомфорт).

Соматовегетативные нарушения были представлены гастро-дуоденитом, гепатозом печени, а также бронхитом. Алкогольный гастро-дуоденит был выявлен у 37% учащихся (70 чел.), принимающих спиртные напитки 2 — 4 раза в неделю. Ученики зафиксиро-

ровали периодически возникающее отсутствие аппетита, тошноту, отрыжку, неприятный вкус во рту, повышение слюноотделения, появление на языке белого налета. Общий анализ крови выявил умеренный нейтрофильный лейкоцитоз. Биохимический анализ был без особенностей.

У 75% учеников (73 чел.), принимающих алкоголь 1 раз в неделю, размеры печени были в норме. Биохимический анализ крови выявил повышение активности АЛТ и АСТ в крови относительно нормы на 10%.

У 25% школьников (25 чел.), принимающих алкоголь 2 — 4 раза в неделю, отмечались увеличение печени без симптомов, характерных для хронических заболеваний печени, повышение в 2 раза активности АЛТ и АСТ в крови. Активность щелочной фосфатазы изменялся у 40% учащихся (10 чел.) в сторону повышения на 50%, уровень билирубина повышался у 48% учащихся (12 чел.). Уровень альбумина в крови всегда оставался нормальным. Был поставлен диагноз гепатоз печени.

Острый затяжной катаральный бронхит, обусловленный физическими и химическими вредностями, был отмечен у 11,1% учащихся (21 чел.), принимающих спиртное 2 — 4 раза в неделю. Учащиеся зафиксировали периодическое появление насморка, болей в горле при глотании, осиплости голоса, выделение небольшого количества слизистой мокроты по утрам. Аускультативно выявлено жесткое дыхание. Лабораторно и рентгенологически изменений не было.

**Заключение.** Таким образом, на нашем примере мы видим, что раннее употребление спиртных напитков ведет к быстрому нарушению функции печени, заболеваниям ЖКТ, легких. Поэтому очень важно среди подростков распространять информацию о комфортной и счастливой жизни без психоактивных веществ. Школьники с самого раннего возраста должны знать о пользе здорового образа жизни — спорте, о правильном питании, соблюдении режима дня, развитии талантов или знаний в определенной области и вреде алкоголя и других ПАВ.

## Р.А. Кардашян

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

## R.A. Kardashyan

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

# PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN COMPUTER GAMING ADDICTION AMONG STUDENTS OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS

**Актуальность.** За последнее десятилетие наблюдается чрезмерное увлечение компьютерными играми не только среди взрослого населения, но и детей. В настоящее время в большинстве случаев человек пытается получить информации не через печатные издания, а через компьютер, посредством интернета. Однако работа на компьютере сопряжена с влиянием не только на психику подростков (неспособность переключаться на другие развлечения, чувство многого превосходства над окружающими, оскудение его эмоциональной сферы, агрессивное поведение, сужение круга интересов, стремление к созданию «собственного, виртуального мира» и т.д.), но и гиподинамией, нарушением опорно-двигательного аппарата, возрастанием нагрузок на все органы чувств,

что не может не сказаться негативно на состоянии здоровья.

**Целью** исследования было исследование соматических расстройств при компьютерной игровой зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе 2 муниципальных образовательных учреждений г. Сергиев Посад (школы 4, 14) и в отделе реабилитации НИИ наркологии филиала ФГБУ ФМИЦПН МЗ РФ с 2012 по 2014 годы.

Объектом исследования были 40 учащихся (27 муж., 67,5% и 13 жен.) со стадией компьютерной увлеченно-



стью с вредными последствиями (КУВП) и 21 (17 муж., 80,9% и 4 жен. пола) — со стадией компьютерной игровой зависимости (КИЗ) в возрасте  $14,6 \pm 2,4$  лет.

В анкетирование — социальное интервью — были включены 135 родителей (59 муж. и 76 жен. пола) школьников основной группы и 28 педагогов образовательных школ (7 муж. и 21 жен. пола), где обучались респонденты.

В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись следующие методы: эпидемиологический (анкетирование и социальное интервью учащихся, родителей и преподавателей) и скрининговый.

**Результаты.** В результате проведенного исследования установлено, что в группе учащихся со стадией КУВП соматические расстройства имеют место в 100% наблюдений (40 чел.). У 30% школьников (12 чел.) обнаружили онемение пальцев рук, у 15% (6 чел.) — боль в кистях рук, у 17,5% (7 чел.) — боль в спине, у 10% (4 чел.) — головную боль, у 7,5% (3 чел.) — беспокойный сон, у 20% (8 чел.) — сухость и жжение глаз. Одновременно боль в спине и кистях рук зафиксировали у 10% учеников (4 чел.), боль в кистях рук и онемение пальцев рук — у 12,5% (5 чел.), головную боль и боль в спине — у 7,5% (3 чел.).

В группе школьников со стадией КИЗ у 19% школьников (4 чел.) обнаружили онемение пальцев рук, у 47,6% (10 чел.) — боль в кистях рук, у 71,4% (15 чел.) — боль в спине, у 28,6% (6 чел.) — головную боль, у 23,8% (5 чел.) — беспокойный сон, у 9,5% (2 чел.) — сухость и жжение глаз. Одновременно боль в спине и кистях рук зафиксировали у 42,8% учеников (9 чел.), головную боль и боль в спине — у 28,6% (6 чел.), боль в кистях рук и онемение пальцев рук — у 9,5% (2 чел.). Причем, выраженные головные боли отмечали 23,8% учащихся (5 чел.), имеющие в анамнезе антенатальные и интранатальные повреждающие факторы (стремительные роды, кесарево сечение, стимуляция родов).

**Заключение.** Компьютерная деятельность может сопровождаться болевыми симптомами в области позвоночника, запястий рук, регулярным раздражением глазных яблок и проблемами со зрением, головными болями, онемением пальцев рук, бессонницей и нервным истощением. Нередко развиваются расстройства в работе желудочно-кишечного тракта.

Своевременно проведенная комплексная (первичная, вторичная, третичная) профилактика позволит избежать негативных последствий «компьютеризации» и сохранит здоровье учащихся.

## Р.А. Кардашян

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР МИ РУДН, Москва, Россия

# ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ УВЛЕЧЕННОСТЬЮ

R. A. Kardashyan

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## PREVENTION OF PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS IN PUPILS OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS WHO SHOW INTEREST TOWARDS COMPUTER GAMING

**Актуальность.** Сегодня повышенная увлеченность различными видами компьютерной деятельности наблюдается не только в крупных мегаполисах, но и в маленьких населенных пунктах и затрагивает людей различного возраста, особенно школьников, а также студентов и взрослых.

**Цель.** Проведение и оценка результатов первичной профилактики психосоматических проявлений у учащихся общеобразовательных учреждений с компьютерной игровой увлеченностью.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе 2 муниципальных образовательных учреждений

г. Сергиев Посад (школы 4, 14) и в отделе реабилитации НИИ наркологии филиала ФГБУ ФМИЦПН МЗ РФ с 2012 по 2014 годы.

Объектом исследования были 393 ученика основной группы (229 чел. муж. пола и 164 чел. жен. пола), которые были обследованы и проходили профилактические мероприятия и 80 (47 чел. муж. и 33 чел. жен. пола) — контрольной, которые были обследованы, но не участвовали в профилактических мероприятиях. Группы были сопоставимы по возрасту ( $14,6 \pm 2,4$  лет) и социально-демографическим показателям.

Из исследования исключались ученики с хроническими соматическими, неврологическими заболеваниями в стадии обострения и психическими расстройствами. В анкетирование — социальное интервью были включены 135 родителей (59 муж. и 76 жен. пола) школьников основной группы и 28 педагогов образовательных школ (7 муж. и 21 жен. пола), где обучались респонденты.

В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись следующие методы: эпидемиологический (анкетирование и социальное интервью учащихся, родителей и преподавателей) и скрининговый.

**Результаты.** При проведении профилактики психосоматических проявлений у учащихся общеобразовательных учреждений с компьютерной игровой увлеченностью использовали работы отечественных исследователей, которые были расширены и комбинированы.

Было установлено, что до начала проведения профилактических мероприятий соответственно 43% учащихся основной (169 чел.) и 37,5% (30 чел.) контрольной группы не соблюдали правила защиты от негативного влияния компьютера (оптимальное расстояние от монитора до глаз, освещение, зарядку для глаз), соответственно 28 (110 чел.) и 30% (24 чел.) — соблюдали, а соответственно 29 (114 чел.) и 32,5% (26 чел.) — иногда соблюдали.

За компьютером правильную осанку соблюдали соответственно 33% учащихся основной (130 чел.) и 40% (32 чел.) контрольной группы.

Утомляемость за компьютером отметили соответственно 17,8% учащихся основной (70 чел.) и 13,5% (11 чел.) контрольной группы.

По шкале оценки депрессий в основной и контрольной группе выявили соответственно у 24,1 (80 чел.) и 20% (16 чел.) легкую депрессию, соответственно у 5,7 (19 чел.) и 12,5% (10 чел.) — субдепрессивное состояние.

Оценка теста на коммуникабельность дала следующие результаты. Число замкнутых учащихся в основной и контрольной группе составило соответственно 11,1 (37 чел.) и 12,5% (10 чел.), а коммуникабельных — соответственно 28,3 (94 чел.) и 28,7% (23 чел.).

После проведения профилактических мероприятий число учащихся основной группы, не соблюдающих правила защиты от негативного влияния компьютера, уменьшилось ( $p < 0,05$ ) с 43 (169 чел.) до 27% (106 чел.). В контрольной группе статистически достоверных изменений не наблюдали — с 37,5% (30 чел.) до 40% (32 чел.). Число учащихся основной и контрольной группы, соблюдающих правила защиты от негативного влияния компьютера, соответственно увеличилось ( $p < 0,05$ ) с 28 (110 чел.) до 38% (150 чел.) и осталось без статистических изменений — с 30 (24 чел.) до 32,5% (26 чел.), а иногда соблюдающих — соответственно увеличилось ( $p < 0,05$ ) с 29 (114 чел.) до 35% (138 чел.) и уменьшилось ( $p > 0,05$ ) — с 32,5 (26 чел.) до 27,5% (22 чел.).

Число школьников основной и контрольной группы, придерживающихся за компьютером правильной осанки, соответственно увеличилось ( $p < 0,05$ ) с 33% (130 чел.) до 47% (185 чел.) и осталось без статистически достоверных изменений — с 40 (32 чел.) до 47,5% (38 чел.), а отмечающих утомляемость за компьютером соответственно уменьшилось ( $p < 0,05$ ) с 17,8 (70 чел.) до 10,9% (43 чел.) и увеличилось ( $p > 0,05$ ) с 13,5 (11 чел.) до 17,5% (14 чел.).

Количество учащихся основной группы с легкой депрессией, субдепрессивным состоянием соответственно уменьшилось ( $p < 0,05$  и  $p > 0,05$ ) с 24,1 (80 чел.) до 11,7% (39 чел.) и с 5,7 (19 чел.) до 2,1% (7 чел.). В контрольной группе наметилась тенденция к росту числа учащихся с легкой депрессией и субдепрессивным состоянием соответственно с 20 (16 чел.) до 28,7% (23 чел.) и с 12,5 (10 чел.) до 17% (14 чел.).

В основной группе намечалась тенденция к уменьшению численности замкнутых учащихся с 11,1 (37 чел.) до 6,9% (23 чел.) и к росту числа учащихся нормально коммуникабельных с 28,3 (94 чел.) до 31% (103 чел.). В контрольной группе статистически недостоверно увеличилось число явно некоммуникабельных учащихся с 5 (4 чел.) до 7,5% (6 чел.) и замкнутых с 12,5 (10 чел.) до 20% (16 чел.).

**Заключение.** Проведенная профилактическая работа учащимся общеобразовательных учреждений с компьютерной игровой увлеченностью позволила уменьшить число учеников с психосоматическими проявлениями.

**А.Ш. Магомедова, Н. С-М. Омаров**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Дагестанской государственной медицинской академии,  
Махачкала, Россия

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КРОВНОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

**A. Sh. Magomedova, N. S-M. Omarov**

Department of Obstetrics and Gynecology, FPC and PPP. Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, Russia

## PERINATAL ASPECTS OF CONSANGUINEOUS MARRIAGES

**Актуальность.** Планирование беременности и борьба за рождаемость здорового поколения являются общемировой проблемой, приобретающей особую актуальность в областях с высокой рождаемостью. Однако, несмотря на большое число публикаций, многие факторы риска, влияющие на отягощение показателей репродуктивного здоровья, остаются малоизученными. Во многих регионах мира пристальному вниманию подвергается здоровье матери и ребенка в семьях, где существуют инбредные браки. В районах, где часто встречаются браки между близкими родственниками, взгляд на данный брак неоднозначен. И если угроза рождения в таких семьях детей с врожденной, генетически опосредованной патологией не вызывает сомнения, то влияние инбредного брака на течение беременности, применяемых методов родовспоможения мало изучено и дискутабельно.

**Целью** настоящего исследования явилось определение, влияет ли негативно инбредный брак на течение беременности и исход родов.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ течения беременности у 180 женщин, состоящих в инбредном браке и 60 женщин, состоящих в аутбредном браке в возрасте 18-38 лет. Всем беременным проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам. Оценку функционального состояния системы мать-плацента-плод проводили с использованием ультразвукового, доплерометрического исследования и кардиотокографии. В неонатальном периоде оценивались психофизические данные.

**Результаты.** Из 180 женщин, состоящих в родственном браке, течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в 11,7% случаев, частота синдрома задержки внутриутробного развития плода — 18,1% случаев. На УЗИ выявлены на-

рушения гемодинамики плода I А- I Б степени 48 (36,3%) , несоответствие зрелости плаценты к гестационному сроку в 18,8% случаев, маловодие в 15,6%, а у 17 (12,9%) наблюдалось многоводие. Исходы родов были следующие: срочными родами завершились в 97,8% случаях в основной группе и в 95% случаях в контрольной группе, преждевременные роды зарегистрированы в 6,1% случаев. При сравнительном анализе средних показателей антропометрических данных новорожденных детей было выявлено, что у матерей, состоящих в инбредном браке, дети рождаются с меньшей массой тела ( $2149,14 \pm 108$  г.), чем у новорожденных детей, родившихся от родителей из аутбредного брака. 4,4% новорожденных основной группы были оценены при рождении как крупные, 41,7% основной группы — как маловесные для гестационного срока, 53,9% имели среднюю массу тела при рождении. В контрольной группе эти показатели составили: крупные дети — 20%, маловесные — 21,7%, средние — 58,3%.

В раннем неонатальном периоде у новорожденных основной группы были выявлены следующие осложнения: задержка внутриутробного развития — 24 (18,2%), внутриутробная гипоксия плода — 62 (46,9%). Среди новорожденных гипоксически ишемическое поражение центральной нервной системы были диагностированы в 48,8% случаев. Частота рождения детей с аномалиями развития в основной группе составила 31%.

При анализе данных гистологического исследования плацент у пациенток обследуемых групп было выявлено диссоциированное созревание ворсин в 30% случаев, признаки дыхательной недостаточности в 12,2%, незрелость ворсинчатого дерева в 5% случаях.

**Заключение.** Результаты исследования показали, что исходы беременности и родов не всегда были

благоприятны у пациенток, состоящих в близкородственном браке. Следовательно, женщины как родившиеся в инбридинговой семье, так и состоя-

щие в близкородственном браке, находятся в группе риска патологического течения беременности и родов.

## **Е.В. Оконишникова, А.Е. Брюхин, Т.Ю. Линева**

ФГБОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», медицинский факультет, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Москва, Россия

# **ПРОБЛЕМА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БЕСПЛОДИИ У ЖЕНЩИН**

## **E.V. Okonishnikova, A.E. Bryukhin, T.U. Lineva**

FGBOU VPO «Peoples' Friendship University of Russia», Medical Faculty, Department of Psychiatry and medical psychology, Moscow, Russia

# **THE PROBLEM OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN FEMALE INFERTILITY**

**Актуальность.** Бесплодие является одной из актуальных медицинских, психологических, социально-демографических и экономических проблем современного общества. Бесплодие — неспособность пары в детородном возрасте зачать ребенка при регулярной половой жизни в течение одного года. Женщина является бесплодной, если беременность у нее не наступает при половых контактах не реже чем два раза в неделю, без использования методов контрацепции и при наличии постоянного партнера (Руководство ВОЗ 1997). Частота бесплодия в паре достаточно велика и по данным различных авторов составляет около 14% в европейских странах, в Российской Федерации колеблется от 8 до 17% (В.И.Кулаков 2005; И.Е.Корнеева 2007).

Для большинства женщин факт бесплодия является сильным психотравмирующим фактором, который приводит к психической дезадаптации и формирует такие нарушения, как высокий уровень тревоги, депрессивные симптомы, эмоциональное напряжение с агрессивностью, раздражительность, снижение активности, низкую самооценку, трудности социальных контактов, психосексуальные расстройства (Волкович Е.А. 1984; Коновалов О.Е. 1987; Пшеничникова Т.Я. 1991).

В течение последних лет наметились определенные успехи в изучении психического состояния пациенток, страдающих бесплодием. Результаты ряда работ подтверждают роль влияния бесплодия на психическую сферу женщин. Представляет интерес исследование Налетовой А.Н. (1998г), которая установила влияние факта бесплодия на формирование таких

расстройств как тревожная депрессия, сверхценная ипохондрия, сенситивные идеи отношения и конверсионные синдромы. По данным Гардановой Ж.Р. (2008г), в работе посвященной психическим нарушениям у женщин с бесплодием в программе ЭКО, преобладающими являются тревожные, соматоформные и конверсионные расстройства, а также расстройства адаптации. Имеется ряд работ акушеров-гинекологов, посвященных изучению социально-психологического аспекта этой проблемы (Крутова В.А. 2006 г; Кулакова Е.В. 2007г), в которых описаны психоэмоциональные реакции пациенток и психологические факторы, ухудшающие прогноз лечения бесплодия.

Основными причинами женского бесплодия являются такие патогенетические факторы, как трубно-перитонеальный (спаечный процесс, непроходимость маточных труб), эндокринный (синдром поликистозных яичников с ановуляцией и гиперандрогенией), эндометриоз и различное сочетание этих патологий.

Влияние причины бесплодия на характер психических расстройств у женщин в настоящее время изучено недостаточно. В исследовании, проведенном А.Р. Ивановой в 2010 году, установлена причинно-следственная связь психоэмоциональных реакций с формой бесплодия. По ее данным, у женщин с эндокринным бесплодием преобладали тревожно-депрессивные реакции, при трубно-перитонеальном был выше удельный вес тревожных реакций. Несмотря на значимость этой работы, она касалась не психиатрического, а медико-психологического аспекта женского бесплодия.



**Заключение.** Диагностика пограничных психических расстройств у бесплодных женщин сложна и заключается в клиническом полиморфизме симптоматики, наличии преморбидных особенностей личности и акцентуаций характера, причинно-следственной связи психических симптомов с патогенетической формой бесплодия. Вышеуказанное

многообразие и специфичность психической патологии обуславливает необходимость адекватной диагностики с привлечением психиатров и психотерапевтов, которые помогут компенсировать выраженность психических расстройств, что повысит эффективность лечения основного заболевания и качества жизни пациенток.

## Р.Ю. Шохайдарова, С.Б. Бабарахимова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
Ташкент, Узбекистан

# ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

## R.U. Shohaydarova, S.B. Babarahimova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

# PSYCHOEMOTIONAL STATUS IN PREGNANT WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS

**Актуальность:** психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности (Филиппова Г.Г., 1999; Василенко Т.Д., 2011), оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины (Horrigan T.J., 2000; Rajulo M., 2001). Установлено, что частота возникновения аффективных расстройств возникает у беременных в зависимости от конституционально-личностных особенностей (Хломов К.Д., 2005), а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом (Земзюлина И.Н., 2009).

**Цель исследования:** изучить психоэмоциональные расстройства беременных женщин с учётом личностных особенностей для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы** исследования: были обследованы 36 беременных женщин с эмоциональными расстройствами, состоявшими на учёте в районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности I-триместра и в преморбиде, не обращавшихся к психиатрам и невропатологам. Ведущими методами исследования были клинико-психопатологический и катamnестический. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности эмоциональных расстройств применялись шкала Гамильтона, Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала астении; а для определения конституционально-личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты:** в ходе исследования выделены четыре основные группы наиболее часто констатируемых аффективных нарушений: 1-я группа — тревожно-фобические расстройства выявлены у 20 обследованных женщин (55,5%), 2-я группа — тревожно-депрессивные расстройства у 8 женщин (22,2%), 3-я группа — дисфорические расстройства у 13,8% обследованных женщин, 4-я группа — астено-депрессивные расстройства у 3 женщин (8,5%). При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (8%), застревающий тип личности у 11 больных (30,5%), дистимический тип в 40% случаев (14 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (13,8%), в 8% случаев был выявлен эмотивный тип личности.

**Вывод:** наиболее часто эмоциональные расстройства субдепрессивного уровня встречались у беременных с дистимическим типом личности. Коморбидные тревожно-депрессивные и фобические расстройства невротического уровня наблюдались у беременных с застревающим и тревожно-боязливым типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность проведения эффективного курса лечения и дифференцированного выбора метода психотерапевтического воздействия с целью оптимизации психоэмоционального состояния беременных.

**А.А. Волынкин<sup>1,2</sup>, П.Н. Власов<sup>1,2</sup>, В.А. Петрухин<sup>2</sup>**<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия<sup>2</sup>ГБУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии» Москва, Россия**ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ  
В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ  
ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ****Volynkin A.A.<sup>1,2</sup>, Vlasov P.N.<sup>1,2</sup>, Petrukhin V.A.<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Moscow State Medicine Dentistry University, Moscow, Russia<sup>2</sup>Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetric and Gynecology, Moscow, Russia**DEPRESSION IN THE SEQUELAE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY  
IN PREGNANT WOMEN**

**Актуальность.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ), удельный вес которой в общей структуре травм составляет от 39 до 50%, занимает одно из ведущих мест среди приоритетных и социально значимых задач современной медицины. Частота ЧМТ в среднем составляет 200 случаев на 100 000 населения в год. Отмечено, что последствия даже лёгкой ЧМТ часто не проходят бесследно и могут послужить причиной развития различных психических нарушений в отдалённом периоде. Психопатологические проявления последствий ЧМТ разнообразны и могут включать когнитивные, аффективные и другие расстройства. Частота развития депрессивных проявлений у пациентов после ЧМТ варьирует от 6 до 77%. Выраженные симптомы депрессии (согласно критериям DSM 5) или её проявление на субклиническом уровне могут ухудшать реабилитационные исходы в восстановительном периоде ЧМТ. Риск развития депрессии у пострадавших после ЧМТ увеличивается, когда прогресс восстановления замедляется или оказывается хуже ожидаемого.

Распространенность последствий ЧМТ среди молодого населения, в том числе женщин репродуктивного периода, с изменениями в психоаффективной сфере делают данную проблему актуальной.

**Цель исследования:** оценить проявления депрессивного синдрома у беременных с ЧМТ в анамнезе, проходивших родоразрешение в ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015г.

**Методы исследования:** в исследование включено 47 беременных (от 19 до 42 лет) в отдалённом периоде ЧМТ. Всем беременным выполнено стандартное неврологическое обследование. Для оценки тяжести депрессивных проявлений использовалась

госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS), разработанная Zigmond A.S. и Shnaith R.P. в 1983 году. Все пациентки были разделены на 2 группы (1 группа — с последствиями сотрясения головного мозга (44,7%; n=21), 2 группа — с последствиями ушиба головного мозга (55,3%; n=26)). По структуре ЧМТ: закрытая ЧМТ наблюдалась в 40 (85,2%) случаях и открытая — в 7 (14,9%). Средний возраст пациенток 1 группы составил 31,4±6,3 года, а во 2 группе — 31,9±6,3.

Методы статистической обработки данных включали параметрические и непараметрические критерии с уровнем достоверности различий при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** в данном исследовании по шкале HADS (состоящей из 2 подшкал: тревоги и депрессии) оценивались результаты по подшкале депрессии.

Оценивая проявления депрессивного синдрома в 1 группе, выявлено: суммарные показатели составили по подшкале депрессии 6,3±1,5 балла и у двух (9,5%) беременных диагностирована субклинически выраженная депрессия. Во 2 группе данные показатели составили по подшкале депрессии 5,2±2,2 балла. Выявлено 5 случаев (19,3%) субклинически выраженной депрессии.

Клинически выраженной депрессии среди беременных 1 и 2 групп выявлено не было.

**Заключение.** Депрессивный синдром у беременных с последствиями ЧМТ выявлен на субклиническом уровне в 7 (14,9%) случаях, со статистически значимым преобладанием ( $p < 0,05$ ) случаев при последствиях ушиба головного мозга (n=5).

**А.А. Волынкин<sup>1,2</sup>, П.Н. Власов<sup>1,2</sup>, В.А. Петрухин<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», Москва, Россия

## АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

**A.A. Volynkin<sup>1,2</sup>, P.N. Vlasov<sup>1,2</sup>, V.A. Petrukhin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Moscow State Medicine Dentistry University, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetric and Gynecology, Moscow, Russia

## FATIGUE IN THE SEQUELAE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN PREGNANT WOMEN

**Актуальность.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ) и её последствия являются значимой проблемой здравоохранения. Последствия ЧМТ относятся к распространенной патологии с четкой тенденцией к увеличению. Первыми симптомами после ЧМТ часто выступают астенические проявления (в более 60% случаев) в виде повышенной утомляемости, которые нередко комбинируются с другими психоаффективными нарушениями: неустойчивостью настроения, раздражительной слабостью и др. Астенический синдром оказывают влияние на реабилитационные возможности пострадавших и их повседневную жизнедеятельность. Диапазон астенических проявлений варьирует от лёгкой вялости, утомляемости, ощущении слабости, раздражительности, нарушений сна до выраженных проявлений с безразличием к окружающему, невозможностью выполнять привычные функции и апатией.

В отдалённом периоде ЧМТ у 50% женщин выявляются различные психоаффективные расстройства, в том числе астенический синдром, что необходимо учитывать в период беременности. Данные факты определяют актуальность нашей работы.

**Цель исследования:** оценить проявления астенического синдрома у беременных с ЧМТ в анамнезе, проходивших родоразрешение в ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015г.

**Методы исследования:** выполнено клиническое обследование 47 беременных с ЧМТ (отдалённый период), с использованием шкалы субъективной оценки астении (MFI-20). Все пациентки были разделены на 2 группы (1 группа (гр.) — с последствиями сотрясения головного мозга (44,7%; n=21), 2 группа — с последствиями ушиба головного мозга (55,3%; n=26)).

Статистическая обработка данных производилась с использованием параметрических и непараметрических методов с уровнем достоверности различий при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** клинико-анамнестический анализ 47 беременных (от 19 до 42 лет) с ЧМТ, показал, что 45 (95,9%) женщин получили ЧМТ ещё до беременности и 2 (4,3%, оба случая сотрясения головного мозга) во время данной беременности на ранних сроках. Изолированная ЧМТ была документально зафиксирована у 29 (61,8%) беременных и у 18 (38,3%) сочетанная. По структуре ЧМТ: закрытая ЧМТ наблюдалась в 40 (85,2%) случаях и открытая — в 7 (14,9%). Средний возраст пациенток 1 группы составил  $31,4 \pm 6,3$  года, а во 2 группе —  $31,9 \pm 6,3$ .

В 1 группе — у 4 (19,1%) беременных верифицирован астенический синдром по шкале MFI-20 с максимальными изменениями в подшкалах пониженной активности ( $6,10 \pm 1,23$  в 1 гр. и  $5,12 \pm 0,89$  во 2 гр.,  $p < 0,05$ ) и физической астении ( $7,4 \pm 1,42$  в 1 гр. и  $5,31 \pm 1,17$  во 2 гр.,  $p < 0,05$ ). Во 2 группе — у 7 беременных (26,7%) выявлен астенический синдром (все случаи с преобладанием изменений в подшкалах психической астении ( $7,23 \pm 1,95$  во 2 гр. и  $5,29 \pm 1,42$  в 1 гр.,  $p < 0,05$ ), снижении мотивации ( $6,88 \pm 1,78$  во 2 гр. и  $5,52 \pm 1,18$  в 1 гр.,  $p < 0,05$ )).

**Заключение.** Астенический синдром у беременных с последствиями ЧМТ выявлен в 11 (23,4%) случаях. Среди пациенток с последствиями сотрясения головного мозга астенические проявления больше затрагивают физическую сферу (n=4; 19,1%), а в группе пациенток с последствиями ушиба головного мозга — психическую (n=7; 26,7%).

**О.В. Михеева, С.М. Архангельский, А.С. Толкачев**

ГУЗ «Перинатальный Центр», Саратов, Россия

## ОБ ОЩУЩЕНИИ ШЕВЕЛЕНИЯ В ЖИВОТЕ ПОСЛЕ РОДОВ

**O.V. Mikheeva, S.M. Arhangelsky, A.S. Tolkachev**

GUZ «Perinatal Center», Saratov, Russia

## ABOUT SENSATION OF FOETAL MOVEMENT IN THE ABDOMEN AFTER A LABOUR

**Актуальность.** Ощущение шевеления ребенка в животе после родов является частым явлением и распространенной темой на форумах в интернете [Сайт Материнство//Материнство/Ощущения, будто кто-то-шевелится в животе/ Режим доступа: <http://forum.materinstvo.ru/lofiversion/index.php/t789358.html>].

**Цель** — изучение корреляций между патологическими послеродовыми ощущениями у женщин и неонатальными осложнениями.

**Материалы и методы.** Этой темой мы занимаемся с 2003г. В 2014-2015гг. обследованы 187 родильниц, с осложненным течением послеродового, неонатального периодов, «ощущение шевеления» выявлялось у 34 (18,2%), «пустоты» у 90 (48,1%), сочетание критериев у 60 (32,1%), у 3 (1,6%) пациенток отсутствовали критерии, отмечались выраженные болевые ощущения.

**Результаты.** Неонатальные осложнения при «ощущении шевеления» наблюдались в 91,2% случаев, 64,5% новорожденных находились на ИВЛ, осложнения со стороны матери 8,8%. Неонатальные осложнения при ощущении «пустоты» в 77,8% случаев, 53,3% новорожденных находились на ИВЛ. При одновременном выявлении «пустоты и шевеления» неонатальные осложнения составили 80%, 62,5% новорожденные находились на ИВЛ, в 10% осложнения наблюдались со стороны матери, у матери и новорожденного 10%.

**Обсуждение.** Ощущение шевеления после родов является критерием незавершенности процесса рождения: женщина ощущает себя беременной, в родах, чувствует ребенка в животе, его шевеления, и новорожденный через мать не чувствует окончательного своего рождения, ощущает себя

внутри матери. Эти ощущения — проявление инстинкта, как подсказка незавершенности родов. Ребенок окончательно не родился, а продолжает на «психическом уровне» жить в матери. Возникает состояние, при котором женщина родила, а осознать этого не может. Знает, что родила, но не чувствует этого. Появляется тревога, страх, в том числе за ребенка, диссомнические расстройства. Одна из причин — несогласие с датой рождения, и/или с тем как произошли роды. Состояние незавершенности, особенно если оно сохраняется более суток, как правило, приводит к акушерским, неонатальным осложнениям полиморфного характера: усиливаются признаки гестоза, обостряется экстрагенитальная патология, формируется субинволюция матки, лохиометра, ухудшается заживление тканей, появляются гематомы, новорожденные нуждаются в лечении, в интенсивной терапии и реанимации, находятся на ИВЛ. Медикаментозные методы лечения осложнений при сохранении признаков незавершенности мало эффективны. Необходимо принятие женщиной факта рождения, несмотря на то, раньше или позже времени родился ребенок, и как это произошло. Непосредственный контакт матери и ребенка, кормление, ухаживание, избавление от иллюзий, что ребенок родился рано, помогает принять факт рождения и завершиться процессу. Есть и другие критерии незавершенности родов: ощущение внутренней пустоты, пустоты души, легкость, разреженность, пустота в животе. Выраженная боль маскирует критерии.

**Заключение.** В зависимости от критерия проводится соответствующая психокоррекция, эффективность которой определяется исчезновением данного критерия, появлением ощущения наполненности, теплоты в объеме живота, таза и ощущением завершенности родов.



# ИНФЕКЦИОННЫЕ И ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**И.А. Давыдова, М.А. Ярославская**

ПКБ им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ, г. Москва, Россия

## ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС — ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО БОЛЕЗНИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙН — БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

**I.A. Davydova, M.A. Yaroslavskaya**

Y.V. Kannabiha Hospital of the Department of health of Moscow, Moscow, Russia

## THE RESEARCH OF COPING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH COMORBID OF CHRONIC EPSTEIN-BARR VIRAL INFECTIONS AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

**Цель** — изучение совладающего поведения больных при коморбидном течении хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 21 до 49 лет. Основная группа включала в себя 15 пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции в стадии обострения и шизоаффективного расстройства (МКБ 10: F25). Больные были приняты на лечение в отделения ПКБ им. Ю.В. Каннабиха по рекомендации к.м.н., врача аллерголога — иммунолога Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского Н.В.Хорошиловой. Средний возраст пациентов составил —  $43,4 \pm 15,3$ . С целью демонстрации усредненных значений по методикам, вторую группу составили 15 условно здоровых человек, средний возраст —  $41,5 \pm 16,2$ . Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire R.S. Lazarus, S. Folkman.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования было установлено, что в основной группе, в целом, ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Они достоверно активнее обращаются к копингам «конфронтация», «дистанцирование», «бегство — избегание», реже используют стратегии «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения пробле-

мы», «положительная переоценка». Таким образом, у пациентов при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства наблюдаются защитный характер поведенческой активности, низкий функциональный уровень совладающего поведения, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинга. Для больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные, они недооценивают значимость возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций, проявляют недостаточную целенаправленность и рациональную обоснованность поведения в проблемной ситуации, предрасположенность к эмоциональной лабильности, внешнеобвиняющим реакциям, раздражительности, тревожности, слабому учету социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния.

### **Выводы:**

1. У больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства отмечается высокий уровень социально-психологической дезадаптации.
2. Результаты работы позволяют выработать рекомендации по развитию навыков адаптивного совладающего с заболеванием поведения больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством.

**В.А. Соболев, Д.В. Чумаков, И.А. Давыдова, М.А. Ярославская**

ПКБ им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ, Москва, Россия

## СТЕПЕНЬ ИСТОЩЕНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ КАК ОТВЕТ НА ВОЗНИКШУЮ ПРОБЛЕМУ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

**V.A. Sobolev, D.V. Chumakov, I.A. Davydova, M.A. Yaroslavskaya**

Y.V. Kannabiha Hospital of the Department of health of Moscow, Moscow, Russia

## THE DEGREE OF DEPLETION OF PERSONAL RESOURCES STRESS AS A RESPONSE TO THE PROBLEM OF DISEASE IN PATIENTS WITH COMORBID CHRONIC COURSE OF THE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

**Цель** исследования — изучение степени истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости как ответа на возникшую проблему болезни у пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 21 до 49 лет. Основная группа включала в себя 15 пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции в стадии обострения и шизоаффективного расстройства (МКБ 10: F25). Больные были приняты на лечение в отделения ПКБ имени Ю.В. Каннабиха по рекомендации к.м.н., врача аллерголога — иммунолога Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им.Г.Н.Габричевского Н.В. Хорошиловой. Жалобы пациентов при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства сводились к головным болям, ощущениям слабости, усталости, учащению простудных заболеваний, поражению кожного покрова пузырьковыми высыпаниями, увеличению лимфатических узлов, повышению температуры тела; со стороны психики, вышеописанные особенности дополнялись такими симптомами, как эмоциональная неустойчивость, раздражительность, подозрительность, тревожность, чувство «сделанности мыслей», их «открытости». Средний возраст пациентов составил —  $43,4 \pm 15,3$ . С целью демонстрации усредненных значений по методикам, вторую группу составили 15 условно здоровых человек, средний возраст —  $41,5 \pm 16,2$ . Группы являлись сопоставимыми по основным социально-демогра-

фическим характеристикам. Для оценки степени истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости использовался опросник потерь и приобретений персональных ресурсов (ОППР) Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штейн, 2009.

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования ресурсности личности с помощью ОППР выявили высокий уровень ресурсности в группе здоровых испытуемых, что достоверно выше в сравнении с показателями 1 группы, для которых характерно расположение значений на нижней границе уровня ресурсности. Здоровые испытуемые обнаруживают большую жизнестойкость в сравнении с пациентами. Они занимают активную личностную позицию, оказывают выраженное сопротивление стресс-средовым воздействиям, в структуре мотивационной направленности — отмечается преобладание мотивации достижения.

### **Выводы:**

1. Больные при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства испытывают большую стрессовую уязвимость, меньшую удовлетворенность материальными средствами, нематериальными конструктами, внешними и внутренними — интрAPERсональными переменными, в сравнении со здоровыми испытуемыми.

2. Полученные данные могут учитываться в построении реабилитационных программ, направленных на улучшение качества жизни пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства.

**Т.Ф. Стригина<sup>1</sup>, М.И. Стригина<sup>2</sup>**<sup>1</sup> — Кабинет инфекционных заболеваний МБУЗ ЦРБ Выселковского района, Краснодарский край, Россия<sup>2</sup> — Клиника «Психическое здоровье», Москва, Россия**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И У ЛЮДЕЙ, ОЖИДАЮЩИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ****T.F. Strigina<sup>1</sup>, M.I. Strigina<sup>2</sup>**<sup>1</sup> — Cabinet of infectious diseases. Central hospital of Vyselkovsky district, Krasnodar region, Russia<sup>2</sup> — Mental Health Clinic, Moscow, Russia**FEATURES OF ASTHENIC SYNDROME IN PATIENTS WITH HIV INFECTION**

**Актуальность** изучения проблемы психических и психологических расстройств у лиц с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) объясняется как глобальной распространенностью этого заболевания, так и частотой сопутствующих расстройств, в частности расстройств психики и поведения. Согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) невращения относится к F48 (Другие невротические расстройства) и закодирована как F48.0. При создании Американской классификации болезней (DSM-III) невращения была изъята. Также в МКБ-10 мы встречаем категорию F06.6 — Органическое эмоционально-лабильное [астеническое] расстройство, относящееся к категории F06 «Другие психические расстройства, обусловленные... или соматической болезнью», основным симптомом которого является эмоциональная лабильность.

Согласно данным российских исследований, наиболее часто встречающимся психопатологическим синдромом при ВИЧ является депрессивно-фобический. Согласно данным наших клинических наблюдений, у пациентов с ВИЧ+ и у пациентов в период ожидания результатов анализа на ВИЧ-инфекцию наиболее выражена астеническая симптоматика.

**Цель.** Проверка гипотезы: у пациентов в период ожидания результатов диагностики и у пациентов с ВИЧ+ имеются качественные различия в выраженности астении.

**Материалы и методы.** Для диагностики была использована «Субъективная шкала оценки астении» (MFI-20) E.M. Smets et al., 1994. Субшкалы: Общая астения; Пониженная активность; Снижение мотивации; Физическая астения; Психическая астения.

Согласно методике, нормальные показатели от 20 до 30 баллов. По данным, полученным в ходе исследования, общий показатель (сумма баллов по всем шкалам) находится в диапазоне от 31 до 91 баллов.

Испытуемые: 4 группы. 1 — ожидающие результатов анализа (низкая вероятность положительного результата) — 4 человека, 2 — ожидающие результатов анализа (высокая вероятность положительного результата) — 4 человека, 3 — ВИЧ+, есть проявления заболевания — 10 человек, 4 — ВИЧ+, латентная стадия, без проявлений заболевания — 11 человек.

**Результаты.** Наиболее высокий показатель по шкале общей астении, пониженной активности, мотивации и физической астении наблюдается в группе ВИЧ+ (с наблюдаемыми проявлениями ВИЧ). Психическая астения максимально выражена в группе ожидающих результатов с высокой вероятностью получения положительного результата.

По данным клинических наблюдений пациенты, ожидающие результатов анализа, с низкой вероятностью положительного результата жалоб активно не предъявляли. При углубленном опросе отмечались единичные жалобы на утомляемость, низкое качество сна. Пациенты, ожидающие результат с высокой вероятностью положительного, предъявляли жалобы на быструю утомляемость, бессонницу, «невозможность сосредоточиться», быструю смену настроения, слабость. Пациенты с ВИЧ+ (латентная стадия) редко предъявляют жалобы на слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Пациенты с ВИЧ+ с проявлениями заболевания постоянно предъявляют жалобы на плохое самочувствие, невозможность сосредоточиться, выраженную слабость, нарушение сна, смену настроения, высказывают страх за свою жизнь.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что в группе с ВИЧ+ с наблюдаемыми проявлениями заболевания симптомы астении (кроме психической астении) наиболее выражены, что подтверждается также данными клинических наблюдений. В то же время психическая астения как возможный компенсаторный механизм наиболее выражена в группе ожидающих результата анализа с высокой вероятностью получения положительного результата.

**В.В. Новиков**

ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет Минздрава России,  
Рязань, Россия

## ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

**V.V. Novikov**

RyazSMU, Ryazany, Russia

## THE STAGES OF DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS DUE TO HIV INFECTION

**Актуальность.** Согласно данным, озвученным на заседании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан (23.10.2015), в настоящее время наблюдается: 1) стойкий рост заболевания с 2006 года от 6 до 16% ежегодно (в среднем на 10% в год); 2) наибольшая пораженность лиц трудоспособного возраста — от 25 до 44 лет; 3) активизация выхода эпидемии в общую популяцию с активизацией полового пути передачи ВИЧ; 4) сохранение высокого уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией в уязвимых группах со стабильно высоким парентеральным инфицированием наркопотребителей. Эти тенденции наряду с применением ВААРТ, которое сделало ВИЧ-инфекцию хроническим заболеванием, с возможностью медикаментозного управления делают актуальным изучение психических нарушений связанных с ВИЧ-инфекцией.

**Цель:** изучение и систематизация ВИЧ-ассоциированных психических расстройств, выяснение их клиничко-динамических особенностей и закономерностей формирования.

**Материалы и методы исследования** клинический (клиничко-психопатологический, клиничко-катamnестический сомато-клинический), лабораторно-инструментальный и экспериментально-психологический (психометрические шкалы HAMD-21, НАМА, MMSE, FAB, Тест рисования часов, «ТОБОЛ», SF-36).

Исследуемую выборку составили 250 ВИЧ-инфицированных, группу контроля — 50 ВИЧ-негативных ПИН в состоянии ремиссии. Обе группы включали в себя пациентов трудоспособного возраста от 18 до 50 лет и были смешанными по половому составу.

**Результаты.** Выявлено, что все психические расстройства, сопряженные с ВИЧ-инфекцией, можно объединить во взаимокоморбидные клинические группы:

- 1) Заболевания психогенно-реактивного генеза (71,6%)
- 2) Экзогенно-органические психические нарушения (84,4%)
- 3) Расстройства зрелой личности (76,4%)

Существует корреляционные взаимосвязи между уровнем CD4+ лимфоцитов и вирусной нагрузкой (ВН / RNA HIV) (CD4+(клеток/мкл) /ВН (копий/мл)), длительностью инфекционного процесса и процентом психогенно-реактивных, экзогенно-органических и аномально-личностных нарушений. Так коэффициент корреляции (r) при уровне CD4+/ВН > 500/ < 50000 с процентом F40-F48 — 0,76; F00-F09 — -0,86; F60-F69 — -0,98, а при показателе CD4+/ВН < 350 / > 100000 r равен -0,92; 0,55 и 0,69 соответственно. При длительности инфекционного процесса до 1 года включительно этот показатель 0,68; -0,93 и -0,44, а когда болезнь длится более 10 лет — -0,89; 0,49; 0,59 соответственно. Данные взаимосвязи отражают этапность процесса развития ВИЧ обусловленных психических нарушений от невротических реакций до выраженного психоорганического синдрома в дуализме нозогения — соматогения и подтверждены психометрическими исследованиями.

**Заключение.** Развитие психических нарушений у ВИЧ-инфицированных проходит в ряд этапов:

1. Стрессорный этап.  
Установление факта инфицирования — 3 — 4 месяца от постановки диагноза. Наиболее выражены психогенно-реактивные расстройства связанные с «психотравмой инфицирования».
2. Гипернозогнозически-стигматический этап.  
4-5 месяцев от установления факта инфицирования до начала формирования ВИЧ-обусловленного психоорганического синдрома (1,1±0,05 лет, астенический вариант ПОС)



3. Диснозогнозически-соматогенный этап.

Прогрессирование заболевания с развитием ВИЧ-обусловленного ПОС, астенический вариант — декомпенсация соматического состояния с появлением вторичных заболеваний.

4. Гипонозогнозически-соматогенный этап.

ВИЧ-обусловленный психоорганический синдром в завершённом виде и тяжелых формах (эксплозивный, эйфорический, апатический).

**Н.Г. Хабилова, Д.Ф. Тагаева**

Ташкентская Медицинская Академия, Кафедра Внутренних болезней по подготовке ВОП с эндокринологией, Ташкент, Узбекистан

## ЗНАЧИМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ГЕПАТИТА В И С ПРИ НЕКОТОРЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ДАННОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

**N.G. Habirova, D.F. Tagaeva**

Tashkent Medical Academy, Department GP with endocrinology, Tashkent, Uzbekistan

## THE SIGNIFICANCE OF CHRONIC INFECTION OF HEPATITIS B AND C IN SOME RHEUMATIC DISEASES AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN THIS GROUP OF PATIENTS

**Актуальность.** Патология суставов — одно из частых внепеченочных проявлений, вызываемых HBV и HCV. Известны случаи сочетания хронического активного гепатита В и ревматоидного артрита. Кроме того рядом авторов прослежено развитие РА в исходе острого вирусного гепатита В. Наличие такого сочетания заболеваний приводит к изменению психо-эмоционального состояния пациентов, что в свою очередь существенно влияет на течение и прогноз заболевания.

**Цель исследования:** изучение значимости хронических инфекций гепатита В и С при некоторых ревматологических заболеваниях и психоэмоционального статуса у данного контингента больных.

**Материал и методы:** Мы изучали патогенную роль хронического гепатита В и вируса гепатита С при некоторых заболеваниях соединительной ткани, включая системную красную волчанку (СКВ), ревматоидный артрит (РА), серонегативный спондилоартрит (СС). Изучены 50 пациентов, возраст от 18 до 54 лет — 23 с СКВ, 20 с РА, 7 с СС. Диагноз был установлен на основании применения критериев АРА. Уровень реактивной тревожности определяли по методу Спилбергера — Ханина: низкий уровень — до 30 баллов, умеренный 31-44 балла и высокий — более 45 баллов.

**Результаты:** 12% больных СКВ были инфицированы вирусами гепатита, преимущественно В. По-

ловина из них имела поражение печени в результате воздействия вирусов гепатитов. 24% пациентов с РА были одинаково инфицированы вирусами гепатита В и С. В группе СС 5% пациентов были инфицированы вирусами гепатитов в 34% встречался С и в 66% -гепатит В. Сопутствующее психоэмоциональное напряжение у ревматологических больных с гепатитом В или С приводит к повышению уровня реактивной тревожности. Высокий уровень тревожности выступает в качестве причины и следствия стресса, является деструктивной личностной чертой и неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности и работоспособности человека. У пациентов с гепатитом В высокий уровень личностной тревожности составил  $48,6 \pm 1,3$  баллов, средний  $40,3 \pm 0,6$  баллов и низкий уровень —  $27,2 \pm 0,5$  балла. Уровень реактивной тревожности  $51,3 \pm 0,6$  балла,  $43,6 \pm 0,4$  балла и  $29,5 \pm 0,7$  балла соответственно. При гепатите С высокий уровень личной тревожности составил  $47,2 \pm 0,5$  балла, средний  $34,3 \pm 0,4$  балла и низкий  $25,6 \pm 0,2$  балла. Высокий уровень реактивной тревожности  $49,6 \pm 0,2$  балла, средний  $32,5 \pm 0,3$  балла и  $26,3 \pm 0,3$  балла соответственно.

**Заключение.** Ревматические проявления могут быть частыми внепеченочными проявлениями гепатитов В и С и при них существенно снижается психоэмоциональный фон, что требует изучения.

**М.З. Шахмарданов, Т.Я. Чернобровкина, В.В. Никифоров,  
С.В. Бурова, Н.А. Виноградов, Ю.Н. Томилин, В.Я. Лашин,  
Я.Д. Янковская**

Российский национальный исследовательский медицинский университет,  
Москва, Россия

## **ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ**

**M.Z. Shakhmardanov, T.Ya. Chernobrovkina, V.V. Nikiforov, S.V. Burova,  
N.A. Vinogradov, Yu.N. Tomilin, V.Ja. Lachine, Ya.D. Yankovskaya**

Russian national research medical University, Moscow, Russia

## **FEATURES OF SOMATIC STATUS IN HIV-INFECTED PATIENTS WITH DRUG ADDICTION**

**Актуальность.** По данным Федерального центра гигиены и эпидемиологии России, в минувшем 2015 году продолжился рост заболеваемости населения РФ ВИЧ-инфекцией: количество зарегистрированных заболевших составило 86 599 и превысило аналогичный показатель за 2014 год на 11,5%. Общеизвестно, что в России основным путем передачи возбудителя ВИЧ-инфекции является парентеральный (инъекционный), а группу риска по данному заболеванию составляют потребители инъекционных психоактивных веществ (ПАВ).

**Цель.** Наблюдения за 922 больными ВИЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** Больные ВИЧ-инфекцией, находившиеся в 2013 — 2015 гг. на излечении в ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы (директор — главный психиатр-нарколог МЗ РФ, профессор Брюн Е.А.). Указанные больные также наблюдались в Московском городском центре профилактики и борьбы со СПИД ДЗ г. Москвы и госпитализировались, как правило, имея на руках заключение из указанного центра об отсутствии противопоказаний к лечению в наркологическом стационаре. Часть из них продолжала принимать антиретровирусную терапию.

Комплексный клинико-лабораторный анализ данной категории пациентов позволяет сделать следующие заключения.

### **Результаты**

1. Риск соматических осложнений у активных потребителей ПАВ, больных ВИЧ-инфекцией, выше, по сравнению с пациентами, не имеющими ВИЧ-инфекции. Это связано с тем, что на фоне депрессии

иммунной системы инфицирование и реинфицирование патогенными возбудителями при парентеральных манипуляциях (инъекциях ПАВ), не встречая сопротивления со стороны макроорганизма, приводит к развитию манифестных форм инфекционного процесса. Так, инфекции мягких тканей (постинъекционные абсцессы, флегмоны), септические состояния, связанные с генерализацией инфекционного процесса после инокуляции возбудителя, у ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ встречаются чаще, чем у больных без ВИЧ-инфекции.

2. В условиях последовательного или одновременного инфицирования ВИЧ и возбудителем другого заболевания (например, сочетание ВИЧ и гепатита С у потребителей ПАВ близится к 100%) наблюдается полиорганный взаимоотношающаяся патология. Это связано зачастую с одновременной репликацией двух или нескольких вирусов, что ускоряет темп прогрессирования патоморфологических изменений в заинтересованных (тропных) тканях и органах.

3. Сочетание токсического компонента ПАВ, иммуносупрессии, вызванной ВИЧ и другими оппортунистическими патогенами, делает организм больного безоружным перед возбудителями внутрибольничных инфекций и условно-патогенными микроорганизмами.

**Заключение.** Рецидивы бактериальных, вирусных, протозойных и других инфекций возможны даже на фоне антиретровирусной терапии. Поэтому контроль соматического статуса при лечении пациентов с зависимостью от ПАВ, отягощенной ВИЧ-инфекцией, имеет важное значение для предупреждения осложнений соматического состояния.

**М.З. Шахмарданов, Т.Я. Чернобровкина, В.В. Никифоров,  
С.В. Бурова, Л.В. Соколова, О.С. Литвинова, В.Н. Володина,  
М.П. Онухова**

Российский национальный исследовательский медицинский университет,  
Москва, Россия

## **ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ**

**M.Z. Shakhmardanov, T.Ya. Chernobrovkina, V.V. Nikiforov, S.V. Burova,  
L.V. Sokolova, O.S. Litvinova, V.N. Volodina, M.P. Onuhova**

Russian national research medical University, Moscow, Russia

## **CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN DRUG DEPENDENCE PRACTICE: PECULIARITIES OF CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSTICS**

**Актуальность.** Пациенты наркологических клиник, являющиеся потребителями психоактивных веществ (ПАВ), составляют группу риска по инфекциям, передающимся парентеральным путем, и в первую очередь, вирусным гепатитам В и С.

**Цель** — клиническое наблюдение больных, находившихся на излечении в ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы (директор — главный психиатр-нарколог МЗ РФ, профессор Брюн Е.А.).

**Материалы и методы.** Среди пациентов, госпитализированных в ГБУЗ МНПЦН ДЗМ с 2013 г. по 2015 г., хронический гепатит С был диагностирован в 8 422 случаях, хронический гепатит В — в 191, хронический гепатит смешанной этиологии В+С — в 248. 98% наблюдаемых пациентов с хроническими гепатитами были активными потребителями парентеральных ПАВ, 2% — больные алкоголизмом, но потреблявшие ПАВ в прошлом. Диагноз хронических вирусных гепатитов обосновывался типичными анамнестическими, клинико-эпидемиологическими данными, результатами серологического и биохимического исследования крови.

**Результаты.** У абсолютного большинства наблюдаемых пациентов была фаза ремиссии хронических гепатитов. В 2015 г. обострение хронического гепатита С отмечалось лишь у 18 пациентов. Такое низкое количество больных с обострением процесса связано с тем, что, во-первых, декомпенсированные больные зачастую имеют проявления холестаза и при осмотре в приемном отделении не госпитализируются, а направляются к инфекционисту по месту жительства или в инфекционный стационар;

во-вторых, иммуносупрессивное действие ПАВ не способствует развитию клеточных иммунологических реакций, завершающихся манифестацией основных клинических синдромов гепатита С. Лишь у 4 больных обострение хронического гепатита С сопровождалось пожелтением склер и кожи, у остальных обострение сопровождалось повышением активности трансаминаз. 14 пациентов с обострением хронического гепатита С были выписаны из стационара и направлены по профилю. У оставшихся 4 больных контрольные биохимические исследования показали выраженную положительную динамику трансаминаз, что позволило продолжить их лечение в наркологическом стационаре.

Отличительной особенностью течения хронических вирусных гепатитов у наркозависимых и больных алкоголизмом является токсический компонент, обусловленный воздействием ПАВ или алкоголя. Наряду с его внепеченочными клиническими проявлениями, подтверждающим фактором являются лабораторные показатели: высокие уровни в крови гаммаглутамилтрансферазы, инверсия коэффициента Де-Ритиса вследствие превалирования АсАт над АлАт. Все это учитывалось при планировании лечения указанных пациентов, которое требовало в дополнение к основному наркологическому лечению назначения детоксицирующих средств, антиоксидантов, препаратов гепатопротективного действия, энзимов. Перед выпиской из наркологического стационара больным разъяснялась необходимость регулярного наблюдения у инфекциониста, контроля биохимических показателей крови и присутствия вируса гепатита С в крови методом ПЦР, а при необходимости и по показаниям — проведения специфического противовирусного лечения.

**Т.А. Славянская**

Российский университет дружбы народов; Институт иммунофизиологии,  
Москва, Россия

## ОСОБЕННОСТИ АСТМЫ У ПОЖИЛЫХ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**T.A. Slavyanskaya**

Peoples' Friendship University of Russia; Institute of Immunophysiology, Moscow, Russia

## FEATURES OF ASTHMA IN THE ELDERLY: THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS AND COMORBIDITIES

Неуклонный рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА), обострение тяжести, тенденция к увеличению процента больных с нервно-психологическим механизмом патогенеза заболевания, наличие у одного пациента сопутствующих аллергических и невротических расстройств, а также неприятие некоторых пациентов базового лечения предполагают, что комплексное лечение больных БА осуществляется без учета психологических факторов. В настоящее время астма является важной причиной заболеваемости и смертности у пожилых людей. БА у пожилых (БАП) недостаточно диагностируется. Обычно пожилые люди имеют несколько хронических заболеваний, что существенно снижает качество их жизни и имеет последствия для контроля БА, а также организации медицинской помощи. Пожилые люди страдают от ожирения, психологических проблем, сердечных заболеваний, курения и связанного с ним ХОБЛ, остеопороза, диабета, артрита, рака и других болезней.

Психологические особенности пациентов, страдающих БА, влияют на такие аспекты, как эмоциональные реакции (беспокойство, агрессивность, депрессия, ипохондрия, истерия, психастения, эмоциональной неустойчивости, которые обуславливают трудность социальной адаптации), защитные механизмы, стратегию выживания, межличностные отношения, свойства вегетативной нервной системы.

БА, как хроническое психосоматическое расстройство, существенно меняет психику пациента и усугубляет его преморбидную личность. Частое сосуществование БА и депрессии или тревоги распространено у пациентов с неконтролируемой БА и является бесспорным явлением. Психосомати-

ческие расстройства возникают от воздействия психологических и социальных факторов в присутствии биологически конституционной предрасположенности. Психологический дистресс и снижение чувства контроля являются общими при БА. Нейропсихологические (в том числе депрессии) и дегенеративные проблемы чаще встречается у пожилых пациентов.

Несмотря на то, что методы патогенетической и симптоматической терапии не широко используются в комплексных терапевтических и реабилитационных программах для лечения БА, они могут оказаться более эффективными, чем использование только традиционной терапии. Существует огромный арсенал используемых для коррекции психосоматических расстройств психотерапевтических и других немедикаментозных методов, которые, еще не достаточно широко распространены в медицинской практике при лечении БАП. В комплексной оценке нейровегетативного состояния пациентов с БА целесообразно включать исследование вегетативного статуса, нейрофизиологическую и психологическую экспертизы. Для профилактики и предотвращения пограничных нервно-психических расстройств у пациентов с БА значение приобретает динамическое наблюдение таких специалистов, как психолога или психиатра вместе с врачом аллергологом/пульмонологом. Важное место занимают психологической консультации; образовательные программы для пациентов, которые способствуют развитию сотрудничества между врачом и пациентом, тем самым улучшая прогноз заболевания.

Таким образом, скрининг психических расстройств у БАП и ранняя диагностика нервно-вегетативных состояний, основанная на интеграции

различных специалистов и широком внедрении в клиническую практику медицинских и психолого-терапевтических методов немедикаментозного лечения БА, обеспечит всестороннюю психологическую и медицинскую помощь пациентам с психосоматическими расстройствами, а также

позволит проводить необходимые психолого-профилактические меры, и, при необходимости, разработать эффективное индивидуализированное комплексное лечение пациентов, принимая во внимание их психосоматические расстройства и сопутствующие заболевания.

## У.Н. Эшниязова

Ташкентская Медицинская Академия,  
Ташкент, Узбекистан

# ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ И РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

## U.N. Eshniyazova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

# FREQUENCY OF PERSONAL AND REFLECTIVE ALARM CONDITION AFFECTED PATIENTS WITH LUPUS ERYTHEMATOUS

**Актуальность.** Поражение психической сферы встречается практически у всех больных с системной красной волчанкой (СКВ). Иногда оно предшествует развернутой картине болезни. По данным Американской ревматологической ассоциации к большим критериям поражения центральной нервной системы и психики при СКВ относятся: психозы (экзогенная депрессия, шизофреноподобные нарушения); органические симптомы поражения головного мозга. К малым критериям изменения психики относятся: реактивная депрессия; перепады настроения; нарушения умственных способностей; беспокойство; нарушения поведения.

**Цель.** Изучение уровня реактивной и личностной тревожности у больных с СКВ.

**Материал и методы.** В исследование были включены 45 пациентов с СКВ, получавших стационарное лечение в отделении ревматологии 2 клиники Ташкентской медицинской академии. Контрольную группу составили 45 практически здоровых лиц. Для оценки поведенческих реакций был использован тест самооценки уровня тревожности Ч.Д.Спилберга-Ю.А.Ханина. Пациенты заполняли анкету самостоятельно. Анкеты обрабатывались согласно инструкции (показатели реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) подсчитывались по формулам) с помощью компьютерной программы статистического анализа Statistical Analysis Software.

**Результаты.** В результате исследования было выявлено, что личностная тревожность (ЛТ) была повышена у пациентов с СКВ по сравнению с контрольной группой с преобладанием в 1,5 раза. Реактивная тревожность (РТ) также была высока у больных с СКВ сравнительно со здоровыми почти в 1,75 раза. Полученные данные совпадают с данными по частоте встречаемости психической симптоматики у больных с СКВ. Сравнительный психологический анализ показал, что уровень тревожности, как реактивный, так и личностный, в 1,75 и 1,5 раза соответственно выше у больных с СКВ. Повышенная тревожность не всегда осознается пациентами, а проявляется чувством внутреннего напряжения, психовегетативными явлениями, бессонницей, нервозностью. Для этих пациентов характерно постоянное преодоление чувства усталости, ригидность эмоциональных процессов, эмоциональная импульсивность.

**Заключение.** Полученные результаты показывают, что такое заболевание, как СКВ, повышает реактивную и личностную тревожность, которая, в свою очередь, отрицательно влияет на течение болезни, иммунологические показатели, снижает приверженность пациентов к лечению. Этим пациентам необходимо проводить консультации психолога с назначением соответствующего лечения для снятия эмоционального и невротического срыва.



**Н.Э. Бабаджанова**

Ташкентская Медицинская Академия,  
Ташкент, Узбекистан

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

**N.E. Babadjanova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### LIFE QUALITY INDICES DYNAMIC DURING TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES

**Цель** — исследование влияния заболевания на качество жизни (КЖ) больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и изучение динамики показателей КЖ больных в процессе лечения.

**Материал и методы.** В исследование включено 68 больных ХОБЛ, находившихся на стационарном лечении. Среди больных преобладали мужчины (79,7%), средний возраст составил 61 год ( $SD \pm 4,6$ ). Все больные страдали ХОБЛ не менее 5 лет и поступили в стационар в фазу выраженного обострения заболевания. За время стационарного лечения все больные получали стандартную терапию. Группу контроля составили 50 здоровых людей, которая соответствовала группе больных ХОБЛ по полу и возрасту. У всех больных определяли клинические показатели (объем форсированного выдоха за первую секунду ( $ОФВ_1$ )), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), продолжительность заболевания и учитывали социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, занятость). Оценку КЖ больных проводили с помощью опросника и MOS SF-36. Это общий опросник, пригодный к использованию у больных хроническими заболеваниями, в том числе у больных ХОБЛ. Больные самостоятельно заполняли опросник до начала лечения в момент поступления в стационар, через 21 день после начала лечения, через 2 месяца после начала лечения. Статистический анализ прово-

дился путем вычисления средних значений и стандартных отклонений показателей шкал. Различия показателей между группами больных считали достоверными, если значение  $p$  по  $t$ -критерию было меньше 0,05.

**Результаты.** Оценка функции внешнего дыхания показала, что  $ОФВ_1$  в начале исследования было  $74,8 \pm 6,8\%$  от должной величины, в конце исследования  $85,9 \pm 8,1\%$  от должной; ЖЕЛ в начале исследования  $68,3 \pm 9,8\%$  от должной, в конце исследования  $71,4 \pm 8,6\%$  от должной. При сравнении показателей КЖ больных ХОБЛ с группой контроля было установлено, что заболевание ухудшает КЖ больных, оказывая влияние на все сферы жизнедеятельности: физическое, эмоциональное, психологическое, социальное функционирование. Проведение стандартной терапии значительно улучшает ряд параметров КЖ через 2 месяца после начала лечения.

**Заключение.** Обострение ХОБЛ существенно ухудшает показатели КЖ больных. Все шкалы опросника SF-36 у больных имеют статистически достоверные более низкие значения в сравнении с контрольной группой. Проведение стандартной терапии в течение 1 месяца приводит к улучшению общего КЖ больных; через 2 месяца тенденция к улучшению показателей КЖ сохраняется.

**В.А. Соболев, Л.И. Ярославская, М.А. Ярославская**

Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ,  
г. Москва, Россия

## К ВОПРОСУ О РОЛИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

**V.A. Sobolev, L.I. Yaroslavskaya, M.A. Yaroslavskaya**

Y.V. Kannabiha Hospital of the Department of health of Moscow, Moscow, Russia

## THE ROLE OF COPING IN THE PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO THE DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-SPECIFIC LUNG DISEASES

**Цель** — изучение копинг-стратегий как механизмов психологической адаптации/деадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

**Материалы и методы.** Проведено экспериментально-психологическое исследование при помощи методики исследования проактивного совладающего поведения (L.G. Aspinwall, R. Schwarzer, S. Taubert) и опросника Ways of Coping Questionnaire (R.S. Lazarus, S. Folkman) 120 больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких и 60 человек условно здоровых. Большинство больных ХНЗЛ находилось на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы. Выборка из 120 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ — 10 J45.0 — J45.9), средний возраст составил —  $47,2 \pm 10,2$ . Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз — хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (шифр по МКБ — 10 J44.1), средний возраст —  $52,7 \pm 6,1$ . Группу сравнения составили 60 условно здоровых лиц, не имеющих заболеваний дыхательных путей, средний возраст составил —  $42,8 \pm 8,7$ .

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования установлено, что больные БА в период обострения заболевания, чаще обращаются к избегающим копинг-стратегиям, у них недостаточно развиты навыки самостоятельного решения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов разрешения затруднительных ситуаций. В период интенсивных стрессов больные БА, склонны

к авторитарному и конфликтному поведению, зачастую перекалывают ответственность за свои действия и состояние здоровья на других людей. Недостаточное обращение к стратегии «конфронтация» пациентами, страдающими ХОБЛ, может приводить к накоплению негативных эмоций, возрастанию эмоционального напряжения и тем самым приводить к ухудшению, как психического, так и соматического состояния. Активное обращение к стратегии «принятие ответственности» больными ХОБЛ, может быть связано с осознанием важности соблюдения медицинских назначений, попытками предотвращения ограничения дееспособности, вследствие ухудшения собственного здоровья, что влечет за собой попадание в зависимую позицию от ближайшего окружения, возникновение чувства неполноценности. Больные ХОБЛ в меньшей степени удовлетворены имеющейся эмоциональной поддержкой, им сложнее раскрывать и доверять свои чувства и переживания, по сравнению с пациентами, страдающими БА и здоровыми испытуемыми.

### Выводы:

1. Различные стили совладающего поведения в разной степени способствуют, либо препятствуют сохранению психологического благополучия личности, что во многом зависит от умения пациента грамотно оценить ситуацию и использовать наиболее приемлемый стиль совладания.
2. Эффективность копинг-поведения во многом обусловлена сбалансированностью функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов совладающего поведения.

**В.А. Соболев, Л.И. Ярославская, М.А. Ярославская**

Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ,  
Москва, Россия

## ОЦЕНКА ДИНАМИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОТЕРЬ И ПРИОБРЕТЕНИЙ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ИХ РОЛЬ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ

**V.A. Sobolev, L.I. Yaroslavskaya, M.A. Yaroslavskaya**

Y.V. Kannabiha Hospital of the Department of health of Moscow, Moscow, Russia

## EVALUATION OF THE DYNAMIC INTERACTION BETWEEN LOSSES AND GAINS PERSONAL RESOURCES STRESS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-SPECIFIC LUNG DISEASES AND THEIR ROLE IN THE PSYCHOSOCIAL ADAPTATION TO DISORDER

**Цель** исследования — оценка динамического взаимодействия потерь и приобретений личностных ресурсов стрессоустойчивости у пациентов, страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) и их роль в психосоциальной адаптации к болезни.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 180 человек в возрасте от 30 до 60 лет. Основная группа включает в себя 120 пациентов, страдающих ХНЗЛ. Большинство больных находилось на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ — 10 J45.0 — J45.9), средний возраст составил —  $47,2 \pm 10,2$ . Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз — хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (шифр по МКБ — 10 J44.1), средний возраст —  $52,7 \pm 6,1$ . Группу сравнения составили 60 условно здоровых лиц, средний возраст составил —  $42,8 \pm 8,7$ . Для оценки степени истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости использовался опросник потерь и приобретений персональных ресурсов (ОППР) Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штейн.

**Результаты и обсуждение.** Высокий уровень ресурсности получен у группы здоровых испытуемых, что достоверно выше в сравнении с больными БА

и пациентами, страдающими ХОБЛ, для которых характерен средний уровень ресурсности; причем у лиц, страдающих ХОБЛ, значения расположены на границе среднего и низкого уровней ресурсности. То есть у здоровых испытуемых выше адаптационный потенциал личности, меньше стрессовая уязвимость, в сравнении с больными ХНЗЛ. У выборки ХОБЛ были получены достоверно более низкие значения в сравнении с показателями для группы БА.

### Выводы.

1. Более низкие значения по индексу ресурсности в сравнении со здоровыми испытуемыми, у больных ХНЗЛ связаны с высокими расходами психологических и физических резервов организма, в процессе сопротивления заболеванию.

2. У больных ХОБЛ истощение ресурсных резервов происходит заметно быстрее в сравнении с пациентами, страдающими БА, вследствие большей астенизации в связи с необратимым прогрессированием изменений проходимости воздушной обструкции.

3. Больные ХОБЛ испытывают меньшую удовлетворенность материальными средствами, нематериальными конструктами, внешними и внутренними — интреперсональными переменными, в сравнении с пациентами, страдающими БА.

**В.И. Березуцкий**

ГУ Днепропетровская медицинская академия, Днепропетровск, Украина

## ВЕРТЕБРОГЕННАЯ КАРДИОПАТИЯ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

**V.I. Berezutsky**

State establishment is the «Dnepropetrovsk medical academy», Dnepropetrovsk, Ukraine

### VERTEBROGENIC CARDIOPATHY AS PSYCHOSOMATIC DISORDERS

**Актуальность.** Остеохондроз позвоночника и связанный с ним вертебро-кардиальный синдром или вертеброгенная кардиопатия (ВК) — одна из самых частых причин обращения к врачу. Патогенез заболевания связывают не только с рефлекторными механизмами в соответствующем сегменте спинного мозга, но и с психосоматическими нарушениями. Болевой синдром, сопровождающий ВК, не оставляет в этом сомнений. Однако степень значимости психосоматического компонента изучена мало.

**Цель работы:** изучение роли психосоматического расстройства в формировании клинической картины ВК.

**Материал и методы.** Путем скрининга была сформирована группа больных ВК из 30 мужчин в возрасте от 25 до 42 лет (средний возраст  $34,5 \pm 2,3$  года). Скрининг включал рентгенологическое и неврологическое исследование, мануальные тесты и пробу со статической нагрузкой на позвоночник для выявления вертеброгенного синдрома под контролем синхронной (полиграфической) регистрации реоэнцефалограммы (РЕГ), тетраполярной грудной реограммы и дифференцированной электрокардиографии. Проба со статической нагрузкой на позвоночник защищена патентом РФ, мануальные тесты для диагностики вертеброгенного синдрома были позаимствованы из базовых программ подготовки специалистов по мануальной терапии ведущих медицинских ВУЗов РФ. Тесты сводились к выявлению ограничения объема пассивных и активных движений, а также «симптомов натяжения» на уровне шейного и грудного отделов позвоночника. Также проводилось тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Оценка болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

**Результаты.** Проба со статической нагрузкой на позвоночник и мануальные тесты провоцировали болевой синдром (кардиалгию) выраженные нарушения гемодинамики у всех исследуемых больных (100%), что свидетельствовало о наличии ВК. Спровоциро-

ванные в тестах нарушения гемодинамики мозга выражались в признаках гиперактивности симпатического отдела нервной системы, тахикардии (90%), замедления внутрижелудочковой проводимости (32%), нарушения фазы реполяризации (75%), усиления признаков замедления венозного оттока (68%), увеличение тонуса периферических сосудов сопротивления (78%). Клинически выраженная тревога была выявлена у всех исследуемых с показателем по шкале  $16,33 \pm 0,42$ . Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ составила  $6,82 \pm 0,45$  балла.

С целью устранения негативного вертеброгенного влияния был проведен курс мануальной терапии. Устранение функциональных блоков в шейном и грудном отделах позвоночника позволило скорректировать ранее выявленные неврологические нарушения. Положительный эффект имел место у всех больных, что подтвердили отрицательные результаты мануальных тестов и пробы со статической нагрузкой на позвоночник под контролем инструментального исследования: гемодинамические сдвиги были незначительными и недостоверными, восстановилось равновесное состояние вегетатики. Показатель тревоги снизился до  $9,83 \pm 0,69$  балла и свидетельствовал о субклинической депрессии. Выраженность болевого синдрома по шкале снизилась до  $3,55 \pm 0,35$  балла. Таким образом, вертеброгенный механизм был ВК устранен, а кардиалгия и тревоги остались.

С целью воздействия на эту часть патогенеза ВК была проведена психотерапия, включающая информационное «просвещение» по вопросам вертеброгенной патологии. Также были назначены анксиолитики. По завершении курса показатель тревоги снизился до нормального —  $4,78 \pm 1,55$ . Болевой синдром практически отсутствовал.

**Выводы.** Установлена связь между клинической картиной ВК и проявлениями тревожно-депрессивного синдрома, что указывает на роль психосоматического компонента.

**Д.Э. Выборных, Л.В. Олексенко, С.Ю. Федорова,  
С.О. Хрущев**

Лаборатория по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови  
ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России, Москва, Россия

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРОСТРАНСТВЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВИ (ТИПОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ)**

**D.E. Vybornykh, L.V. Olexenko, S.U. Fedorova, S.O. Khrushchev**

Laboratory studying Mental and Neurological Disorders in Patients with Hematological Diseases National Research Center  
for Hematology, Moscow, Russia

## **MENTAL DISORDERS IN THE SPACE OF THE BLOOD DISEASES (TYPOLOGY AND THERAPY)**

**Актуальность.** Психические расстройства при заболеваниях системы крови представлены широким спектром психической патологии — от невротических реакций до соматогенных и эндогенных психозов.

**Результаты.** Выделяются следующие состояния:

1. Соматогенные психозы: делириозное помрачение сознания, эндогенноморфные психозы (галлюцинаторно-параноидные, депрессивно-бредовые, онейроидные) и соматогенно спровоцированные приступы шизофрении. Соматогенные психозы при заболеваниях системы крови формируются при сочетании участия разных патогенетических факторов — соматогенных, наркологических и психиатрических, в разной степени представленных при разных типах психозов. Соматогенные факторы включают осложнения заболеваний системы крови со стороны ЦНС (нейролейкемия и вирусный энцефалит) и побочные эффекты терапии заболеваний системы крови (цитостатические препараты, глюкокортикоиды, интерферон-альфа) и равномерно представлены при всех трех типах соматогенных психозов. Наркологическая патология (алкоголизм) вносит весомый вклад в манифестацию соматогенных психозов по типу делирия и практически не встречается при двух других типах соматогенных психозов. Психиатрическая патология вносит значимый вклад в формирование эндогенноморфных соматогенных психозов (шизотипическое личностное расстройство, вялотекущая шизофрения) и соматогенно спровоцированных приступов шизофрении (приступообразная шизофрения).

2. Нозогенные реакции при заболеваниях системы крови клинически гетерогенны и включают 6 типов реактивных состояний. Нозогении у пациентов без признаков эндогенно-процессуальной патологии

включают тревожно-диссоциативные, тревожно-фобические, тревожно-депрессивные и гипоманиакальные реакции. Нозогении у пациентов, страдающих шизофренией, включают диссоциативные и тревожно-коэнестопатические нозогенные реакции.

**Выводы.** Терапия соматогенных психозов у больных с заболеваниями системы крови носит поэтапный характер. Целью первого этапа является купирование психоза, второго — поддерживающее лечение, направленное на профилактику рецидива психотического расстройства.

При купировании нозогенных реакций наиболее полный терапевтический эффект регистрируется у пациентов с тревожно-фобическими нозогениями. Особенно значительная редукция психопатологических расстройств отмечается у больных с преобладанием в структуре реакции соматизированной тревоги. Столь же значительный терапевтический эффект регистрируется у пациентов с тревожно-депрессивными реакциями.

Наиболее резистентными к проводимой терапии являются шизофренические нозогенные реакции. Лишь примерно в 2/3 наблюдений с диссоциативными шизофреническими реакциями удастся достигнуть терапевтического эффекта в виде увеличения комплаентности больных.

У больных с тревожно-коэнестопатическими реакциями клиническая эффективность нейролептиков последних генераций в наибольшей степени проявляется в отношении эссенциальных сенестопатий. Наименьшая эффективность наблюдается у больных с фантастическими сенестопатиями. Промежуточное положение по характеру ответа на терапию занимают элементарные и алгические сенестопатии



**О.А. Марсальская<sup>1</sup>, В.С. Никифоров<sup>2</sup>**<sup>1</sup> — НУЗ «Дорожная клиническая поликлиника ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, Россия<sup>2</sup> — ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ****О.А. Marsalskaya<sup>1</sup>, V.S. Nikiforov<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Railway Clinical Outpatient Department of «Russian Railways», Saint-Petersburg, Russia<sup>2</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia**CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND ANXIETY IN RAILWAY WORKERS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

**Цель исследования:** оценить традиционные факторы сердечно-сосудистого риска и уровень тревожности у работников железнодорожного транспорта (ЖДТ) с артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы.** В исследование были включены работники ЖДТ (работники локомотивных бригад): мужчины 20-59 лет. Первая группа (n=50, средний возраст 49±7 лет) — работники ЖДТ с АГ 1 и 2 степени. Вторая группа — это работники ЖДТ с наличием факторов риска, не имеющие АГ (n=45, средний возраст 44±9 лет), учитывались пациенты, имеющие хотя бы один фактор сердечно-сосудистого риска. Контрольная группа — 20 практически здоровых добровольцев в возрасте 38±8 лет. Определяли уровень АД (показатели офисного АД) согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению АГ от 2013 г. Изучались антропометрические показатели, определяли показатели общего холестерина, глюкозы плазмы крови натощак, учитывались анамнестические данные: отягощенная наследственность, статус курения. Для оценки уровня тревожности использовалась шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина (градация тревожности в балльной системе: менее 30 — низкая тревожность, 31-45 — умеренная тревожность, более 45 — высокая тревожность).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы StatSoft STATISTICA 7, уровень значимости был принят при  $p < 0,05$ . Оценка корреляционных связей между парами количественных признаков осуществлялась с использованием непараметрического коэффициента Спирмана.

**Результаты.** Среди традиционных факторов сердечно-сосудистого риска в обеих группах чаще встречались такие факторы, как: отягощенная наследственность (44%), курение (40%), ожирение (38%); в группе работников ЖДТ без АГ, но с факторами риска — отягощенная наследственность (53%), курение (44%), ожирение (29%). В первой группе и во второй группах ситуативная и личностная тревожность значимо ( $p < 0,05$ ) были выше по сравнению с контрольной группой. У лиц с АГ ситуативная тревожность —  $37,4 \pm 2,1$ , личностная тревожность —  $30 \pm 3,1$ ; у лиц с факторами сердечно-сосудистого риска без АГ ситуативная тревожность —  $34 \pm 3$ , личностная тревожность  $31,2 \pm 1,2$ ; в группе контроля:  $24 \pm 2,5$ ;  $23 \pm 2$  соответственно. У работников ЖДТ с АГ была выявлена взаимосвязь между уровнем тревожности и показателями офисного систолического АД: положительная корреляционная связь между уровнем ситуативной ( $r=0,71$ ) и личностной ( $r=0,64$ ) тревожности ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Среди работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией и без артериальной гипертензии, но с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний преобладают такие традиционные факторы сердечно-сосудистого риска, как отягощенная наследственность, ожирение, курение, также повышен уровень ситуативной и личностной тревожности в сравнении с контрольной группой. Выявлено, что чем выше показатели офисного артериального давления среди работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией, тем выше уровень ситуативной и личностной тревожности.

**В.Э. Медведев<sup>1</sup>, А.В. Епифанов<sup>2</sup>, С.Е. Мартынов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>— Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва, Россия

<sup>2</sup>— ГКБ им М.Е.Жадкевича, Москва, Россия

<sup>3</sup>— Международный институт психосоматического здоровья, Москва, Россия

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**V.E. Medvedev, A.V. Epifanov, S.E. Martyinov**

<sup>1</sup>— People's Friendship University of Russian, Moscow, Russia

<sup>2</sup>— City Clinical Hospital after M.E.Zhadkevich, Moscow, Russia

<sup>3</sup>— International Institute of Psychosomatic Health, Moscow, Russia

## **PSYCHOSOMATIC TYPOLOGY AND CLINICAL-DYNAMIC CHARACTERISTICS OF CARDIOVASCULAR DISEASES**

**Актуальность.** Противоречивость данных литературы указывает на отсутствие согласованного мнения относительно характера взаимодействий и причинно-следственных отношений между психосоциальными факторами, особенностями личности, психической патологией и развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Цель** — изучение психосоматических корреляций, обуславливающих особенности манифестации, клинической картины и течения ССЗ.

**Материалы и методы.** Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический с привлечением данных катамнеза, патопсихологический, клиничко-инструментальный статистический.

**Результаты.** Обследованы 307 пациентов (192 женщины и 115 мужчин; средний возраст больных —  $58,3 \pm 4,2$  лет) с ГБ — 127 набл., ИБС — 97 набл., фибрилляцией предсердий — 83 набл.

При анализе соматических и психопатологических проявлений была установлена неоднородность выборки. Выделены две группы больных: с психосоматическим (синергическим) и соматическим (альтернирующим) типами течения ССЗ.

Синергический тип динамики ССЗ отличает наличие признаков реактивной соматопсихической лабильности (66,5% женщины, 33,5% — мужчины; средний возраст —  $57,4 \pm 2,1$  лет; средняя длительность ССЗ на момент включения в исследование по данным анамнеза и медицинской документации  $9,4 \pm 3,1$  лет).

Анализ патохарактерологического склада показал преобладание акцентуаций (118 набл.) и расстройств личности (73 набл.). При ретроспективной оценке анамнестических данных и медицинской документации обнаружено, что манифестация, клинические проявления и течение собственно ССЗ у пациентов этой группы связаны с патологической патохарактерологической динамикой (реакции, аффективные фазы, ипохондрические развития).

Среди защитных механизмов преобладают реактивное образование (131 набл.) и регрессия (47 набл.). При этом остальные механизмы (отрицание, вытеснение, проекция и т.д.), хотя и не приобретают ведущего значения, активно используются пациентами.

У пациентов с альтернирующим типом течения ССЗ (116 пациентов, 69% женщин, 31% — мужчины; средний возраст  $58,4 \pm 1,5$  года) в подавляющем большинстве случаев влияния психосоциальных факторов и психопатологических расстройств на клиническую картину заболевания не отмечается.

Первые проявления ССЗ у пациентов отмечались в более раннем, чем в первой группе, среднем возрасте —  $41,2 \pm 1,4$  лет. Основными провоцирующими манифестацию сердечно-сосудистой симптоматики факторами у них являлись чрезмерная физическая активность (93 набл.) или резкое изменение метео-климатических условий (17 набл.). В дальнейшем у всех больных течение ССЗ реализовалось вне непосредственной связи обострений ССЗ с какими-либо психогенными триггерами или психопатологическими расстройствами. Отношение

пациентов к соматическому на протяжении жизни неблагополучию характеризуется гипо-, анозогнозией.

В репертуаре психологических защит на протяжении жизни у больных преобладают отрицание (39 набл.), вытеснение (35 набл.), компенсация (27 набл.) и гиперкомпенсация (15 набл.).

**Заключение.** Совокупность представленных выше данных позволяет сделать вывод о существовании как минимум двух полярных вариантов

ССЗ, отличающиеся по психосоматическим соотношениям (личностной predisпозиции, условиям манифестации, коморбидности с психической патологией, стереотипам течения) и, как следствие, прогнозом и подходами к терапии. Полученные данные позволяют объяснить противоречивость результатов исследований взаимного влияния личностной, психической и кардиальной патологии, а также имеют важное практическое значение и указывают на необходимость дифференцированного подхода в комплексном (сомато- и психотропном) лечении ССЗ.

## Н.Э. Бабаджанова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

## N.E. Babadjanova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

# DEPRESSIVE SYNDROME AND IT'S TREATMENT IN PATIENTS WITH HEART ISCHEMIC DISEASE

**Актуальность.** Депрессивные расстройства сочетаются с коронарной патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний. Согласно данным литературы, депрессии возникают в среднем у 20% больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

**Целью** исследования явилось изучение клинической специфичности депрессивных расстройств у больных с ИБС. При обследовании и оценке факторов риска ИБС учитывали возраст, пол, длительность ИБС, профессиональные и поведенческие факторы риска, вредные привычки (курение, алкоголь), наследственную отягощенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Материал и методы.** Для решения поставленных задач было проведено обследование 48 больных (муж-28, 58,3%; жен-20, 41,7%), которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении. Критерии включения в исследование: больные мужчины и женщины старше 18 лет с ИБС и депрессивными расстройствами. Критерии исключения из исследования — тяжелые сопутствующие заболевания (нарушения функции печени и почек и т.д.). Длительность анамнеза ИБС — 34 лет; у ряда больных она выявлена впервые. У большин-

ства больных ИБС диагностирована в возрасте 45-60 лет. У 10 больных в анамнезе был ишемический инсульт.

**Результаты.** Клинико-катamnестические исследования больных с ИБС и депрессивными расстройствами позволили выделить их, как соматогенные, эндогенные и психогенные расстройства.

Все больные были обследованы кардиологами с применением шкалы HADS. Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) использовали в целях скринингового выявления депрессии и тревоги. Для верификации скрининга и оценки тяжести симптомов депрессии применяли шкалу Гамильтона (HADS).

После назначения антидепрессантов состояние у 38 (62,5%) больных улучшилось. В связи с этим, целесообразно назначение антидепрессантов в терапевтической практике.

**Заключение.** Результаты настоящего исследования подтверждают рациональность комплексного подхода в лечении больных с ИБС, который позволяет оптимизировать лечебно-диагностический процесс, способствует тактике реабилитации, улучшению качества жизни таких больных.

**Д.М. Тураева, Г.У. Алимова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОГО СИНДРОМА НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

**D.M. Turaeva, G.U. Alimova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### THE INFLUENCE OF ANXIOUS SYNDROME ON TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HIGH BLOOD PRESSURE

**Цель:** в течение 6 месяцев проводилось исследование в семейной поликлинике (СП) № 9 города Ташкента с целью выявления пациентов, страдающих тревожным синдромом на фоне АГ, и оптимизацией терапии у данных лиц.

**Материалы и методы:** из 35 больных с АГ путем опроса выделена группа с преобладанием тревожной симптоматики. Группа составила 9 человек, из них 8 женщин и 1 мужчина, средний возраст исследуемых 52 года. Максимальные цифры артериального давления (АД) варьировали от 180/100 мм.рт.ст до 240/120 мм.рт.ст. Все пациенты этой группы получали стандартную гипотензивную терапию: 77% получали 2-компонентную и 22% 3-компонентную гипотензивную терапию. Однако у этих больных отсутствовал эффект от проводимой терапии. Данные пациенты были проконсультированы психологом или психиатром. Тестирование показало достоверно завышенный уровень тревоги по стандартным шкалам ZARS, ShARS: при опросе у этих больных отмечалось более 30 баллов по шкале Шихана (ShARS) и (или) более 50 баллов по шкале Цунга (ZARS). После тестирования им дополнительно для коррекции

тревоги назначены 1-2 препарата в средние терапевтические дозировках из групп нейролептиков с седативным компонентом (Хлорпротиксен, Аминазин), антидепрессантов (Ципрамил и Коаксил), и анксиолитиков (Атаракс). А так же ряду пациентов этой группы проводилось суггестивное психотерапевтическое лечение, релаксирующее физиотерапевтическое лечение, направленное на лечение тревожного компонента.

**Результаты:** за 15 дней был достигнут выраженный, устойчивый эффект: АД снижено до оптимального уровня.

**Заключение:** наличие коморбидной тревоги может быть одной из причин резистентности к лечению гипотензивными препаратами на амбулаторном этапе. Тревога зачастую обусловлена не только социальными причинами, но и реакцией на резистентность к проводимому гипотензивному лечению. Поэтому необходимо углубленное обследование пациентов с резистентной АГ, при отсутствии других морфологических причин — с участием психиатра, психотерапевта.

**Ю.А. Игнатова, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова**

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

## ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Yu.A. Ignatova, A.G. Soloviev, I.A. Novikova**

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

### ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH HEART DISEASE

**Актуальность.** Эпидемиологические данные последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных и тревожных

расстройств (ТР) в общемедицинской и кардиологической практике, намного превышающей их частоту в популяции. ТР ведут к значительному снижению

трудоспособности, при этом они утяжеляют течение соматических заболеваний, способствуя формированию ипохондрического типа отношения к болезни. Известно, что тревога является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и других и должна рассматриваться в совокупности с другими общепризнанными факторами с учетом психологических особенностей больных [И.А. Новикова с соавт., 2004]. Например, распространенность ТР у больных артериальной гипертензией достигает 51,3% [С. Lavie, R. Milani, 2004]. Однако число исследований в этой области ограничено и не существует четких рекомендаций по ведению кардиологических пациентов с симптомами тревоги, что и обуславливает актуальность изучения данной области.

**Целью** исследования явился анализ проблемы клинической диагностики и лечения ТР у пациентов с ССЗ.

**Результаты.** Несмотря на клиническую значимость, ТР в общемедицинской сети зачастую не выявляются и не лечатся адекватно, поскольку тревогу чаще связывают с нормальным реагированием на соматическое заболевание. Причинами недостаточной диагностики ТР у пациентов с ССЗ являются также их выраженная вариабельность, клинический патоморфоз, недостаточная осведомленность врача-интерниста, а также оценка тревоги как преднамеренного поведения. В этой связи эффективность своевременного выявления и лечения ТР у кардиологических пациентов весьма затруднено.

Широкое распространённость ТР среди пациентов с ССЗ требует и новых терапевтических подходов в лечении. Выбор лечения должен проводиться с учетом индивидуальной картины болезни, соматического статуса больного, диагностики коморбидных состояний. Все больные с возникшей тревогой должны подвергнуться целенаправленному осмотру для выявления признаков соматических или неврологических заболеваний, способных вызвать симптомы ТР. Медикаментозное лечение является основным методом лечения, которое применяют врачи-интернисты. При этом особое внимание необходимо уделять проведению анксиолитической терапии, значительно улучшающей качество жизни больных с ССЗ и способствующей их достаточной комплементарности к проведению соматотропной терапии, а в дальнейшем — адаптации к болезни. В подобных случаях препаратом выбора могут являться небензодиазепиновые транквилизаторы, которые наиболее эффективны для купирования симптомов тревоги у кардиологических больных.

**Заключение.** Процесс диагностики, терапии ТР в первичной медицинской сети предполагает в существенной мере новую систему междисциплинарного воздействия врачей-терапевтов, кардиологов, психиатров и медицинских психологов, которая не ограничивается направлением всех пациентов с симптомами тревоги к консультанту- психиатру, а предполагает включение специалистов в процесс диагностики и лечения ТР. В связи с этим актуальной является задача повышения профессиональной компетенции врачей соматического профиля в области ранней диагностики и психофармакотерапии ТР среди населения.

**М.Н. Саипова, М.С. Махмудова**

Ташкентская Медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**M.N. Saipova, M.S. Mahmudova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## LIFE QUALITY AFFECTED BY COGNITIVE DISTURBANCES OF CHRONIC HEART DISEASE PATIENTS

**Цель.** Изучение показателей качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от выраженности когнитивных нарушений (КН).

**Методы исследования.** Обследовано 88 человек (42 мужчин и 46 женщин), страдающих ХСН II-III-IV функциональными классами по NYHA (Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация) средний



возраст- 58,8 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая — 32 пациента, которые не имели КН (группа сравнения) и 2-ая — 56 больных с ХСН и КН (основная группа). Во 2-ой группе у 48 больных были преддементные КН, у 8 — деменция разной степени выраженности. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности ХСН и этиологии ХСН. Этиологическими факторами ХСН были артериальная гипертензия, перенесенные инфаркты миокарда, различные нарушения ритма, стабильные формы ишемической болезни сердца. Оценка когнитивных нарушений проводилась с применением опросника MMSE (Mini-Mental State Examination), оценивающего ориентировку во времени и пространстве, восприятие, краткосрочную память, счет и другие мыслительные процессы. Критерии оценки MMSE: 28-30 баллов — нет КН, 24-27 баллов — преддементные когнитивные нарушения, 20-23 балла — деменция легкой степени выраженности, 11-19 баллов — деменция умеренной степени выраженности, 0-10 баллов — тяжелая деменция. Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью методики SF-36 (Health Status Survey). Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета статистических программ Excel, «Биостат». Для оценки межгрупповых различий двух независимых выборок применяли непараметрический критерий Манна Уитни. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ . Результаты представлены в виде  $M \pm m$ .

**Результаты.** При сравнительном анализе показателей КЖ выявлено, что по мере прогрессирования

когнитивного дефицита происходит снижение физической составляющей КЖ. Средний показатель физической активности у пациентов без КН составил  $75,7 \pm 18,2$  балла против  $74,9 \pm 15,9$  баллов при преддементных КН и  $66,8 \pm 17,5$  баллов у больных с деменцией ( $p < 0,05$ ). Показатель боли изменяется от  $58,9 \pm 24,7$  до  $54,8 \pm 21,6$  баллов. Также у больных с ХСН и КН снижается показатель общего здоровья —  $45,9 \pm 8,6$  баллов у лиц с деменцией умеренной выраженности против  $55,1 \pm 17,1$  балла при преддементных КН и  $56,3 \pm 17,4$  баллов у больных с ХСН без КН ( $p < 0,05$ ). Больные с когнитивным дефицитом отличались от группы сравнения достоверно более высокими показателями эмоционального функционирования: социальная активность ( $68,8 \pm 15,9$  против  $64,8 \pm 24,0$  баллов), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности ( $69,8 \pm 33,6$  против  $59,0 \pm 40,3$  баллов). Когнитивный дефицит не оказал отрицательного влияния на показатели КЖ РФ (роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности), напротив, при преддементных КН РФ составил  $62,0 \pm 39,7$  баллов, тогда как при деменции умеренной степени выраженности он равнялся  $75,0 \pm 35,4$  баллам ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что развитие когнитивных нарушений у больных с ХСН значительно влияет на субъективное восприятие пациентом своего здоровья, его эмоциональное и физическое функционирование. Следовательно, при изучении КЖ у больных с ХСН целесообразно проводить с учетом имеющегося у пациента когнитивного дефицита.

## Н.С. Жумамуратова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# АКТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

N.S. Jumamuratova

Tashkent Medical Academy, Tashkent city, Uzbekistan

## ACTIVITY VEGETATIVE NERVOUS SYSTEMS WITH SICK CORDIALLY CHRONIC INSUFFICIENCY

**Актуальность.** В последнее время растет интерес к неинвазивным методам оценки состояния вегетативной нервной системы, наибольшее распространение из которых получили методы оценки вариабельности сердечного ритма (ВСР). Анализ ВСР на

коротких участках ЭКГ привлекает простотой и возможностью стандартизации условий определения.

**Цель исследования.** Оценка состояния вегетативной нервной системы методом оценки вариабельно-

сти ритма сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** В открытое исследование были включены 110 пациентов (95 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 46 до 70 лет (средний возраст  $55,2 \pm 6,5$  лет), перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q на ЭКГ, имеющие проявления ХСН, и 40 практически здоровых лиц (группа контроля). Из исследования исключались пациенты с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда в течение последних 3-х месяцев, выраженной печеночной и почечной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости. ВСП изучалась с использованием электрокардиографического аппаратно-программного комплекса «Волготех». Согласно протоколу исследования, в утренние часы после 5-ти минутного отдыха, в положении лежа, у больного производилась запись ЭКГ. Длительность регистрации ЭКГ составляла 5 минут. Методика регистрации и компьютерного анализа ВСП выполнялась в соответствии с принятыми международными стандартами.

Кроме оценки функции вегетативной нервной системы (по результатам показателей ВСП), всем больным проводились обще-клиническое обследование, включающее измерение АД, подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС), определение индекса массы тела (ИМТ), проба с дистанционной ходьбой в течение 6-ти минут. Все больные наблюдались в течение 12 месяцев. За это время фиксировались следующие конечные точки: ухудшение ХСН, потребовавшее го-

спитализации, развитие нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда, летальный исход, общее количество сердечно — сосудистых осложнений (ССО).

**Результаты.** Определено значимое снижение ЧСС у пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда и симптомами ХСН, составившее  $65,7 \pm 10,5$  уд. в мин, по сравнению со здоровыми лицами (ЧСС —  $71,3 \pm 7,3$  уд. в мин), что можно объяснить приемом  $\beta$ -блокаторов и ивабрадина в группе больных. Учитывая, что средняя продолжительность RR интервалов, показатель обратный ЧСС, то он соответственно значимо больше у больных по сравнению с лицами контрольной группы. Других различий по временным показателям не установлено.

В течение года наблюдения у обследуемых пациентов развилось 41 случая ССО, в 20 случаях было ухудшение ХСН, у 5 пациентов — нестабильная стенокардия, у 7 больных — повторный инфаркт миокарда, 9 пациентов умерли.

**Заключение.** У больных с перенесенным Q-инфарктом миокарда и симптомами ХСН сохраняется выраженное влияние симпатической нервной системы, проявляющееся в угнетении всех компонентов спектра RR интервалов. Изменение ЧСС привело к развитию повторного инфаркта миокарда и летального исхода. Основными причинами смерти у больных с перенесенным Q-инфарктом миокарда и симптомами ХСН при годовой летальности 8% являются повторный инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть.

## В.Э.Медведев

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва, Россия

# ДЕПРЕССИЯ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ МУЛЬТИЦЕНТРОВОЙ ПРОГРАММЫ «ПУЛЬС»

V.E. Medvedev

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## DEPRESSION IN CARDIOLOGY PRACTICE: RESULTS OF NATIONAL MULTICENTER STUDY «PULSE»

**Актуальность** проблемы диагностики и терапии депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) определяется нарастающей распространенностью аффективных расстройств среди пациентов кардиолога.

**Целью** анализа результатов национальной обсервационной мультицентровой программы «ПУЛЬС» являлось получение данных о структуре клинической картины депрессивных расстройств в кардиологической практике в РФ.

**Материалы и методы.** В исследование включались пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие ССЗ, набравшие не менее 11 баллов по подшкале депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS и с диагностированным по критериям МКБ-10 депрессивным эпизодом легкой или средней степени тяжести без психотических симптомов, суицидальных мыслей и намерений и сезонных изменений состояния. Все больные давали письменное согласие на участие в наблюдательном исследовании. Полученные результаты проходили статистическую обработку.

**Результаты.** В программе приняли участие 293 врача из 46 регионов России. Окончательную выборку составили 876 пациентов. Установлено, что среди пациентов с ССЗ депрессии легкой (40%) или средней степени (60%) тяжести развиваются преимущественно у работающих женщин с высшим образованием в возрасте старше 50 лет (средний возраст —  $51,4 \pm 9,9$  лет), состоящих в браке.

Среди симптомов депрессии помимо сниженного настроения, доминируют нарушения сна (91%), астения (82%), когнитивные нарушения (63%) и ангедония (60%). Ещё одним из наиболее частых симптомокомплексов у пациентов в выборке являлась ипохондрия (89,5%), причиной которой могло быть наличие как серьезного соматического заболевания, так и собственно аффективных (тревожно-депрессивных) расстройств. Реже выявлялись идеи малоценности (44%), снижение либидо (29%), изменения аппетита (27%).

**Заключение.** Результаты российской национальной наблюдательной мультицентровой программы «ПУЛЬС» свидетельствуют о том, что наиболее часто при ССЗ депрессии легкой или средней степени тяжести развиваются у работающих женщин с высшим образованием в возрасте старше 50 лет состоящих в браке. При этом важно подчеркнуть, что врачам-кардиологам без особых затруднений удается выявить такие ключевые симптомы депрессии, как гипотимия, ангедония, астения, нарушения сна и когнитивных функций.

## С.М. Халмухамедова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

S.M. Khalmukhamedova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## DEPRESSION AND RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG YOUTH

**Актуальность.** Лидирующие позиции среди основных причин смертности трудоспособного населения всего мира занимают сердечно-сосудистые заболевания. Своевременное выявление и коррекция факторов риска данных заболеваний в молодом возрасте способствует снижению заболеваемости и смертности.

**Цель** — оценить распространенность депрессивных состояний факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди молодежи.

**Материал и методы.** Обследовано 106 юношей (Ю) и девушек (Д) (57 юношей и 49 девушек), средний возраст  $22,6 \pm 0,7$  лет. Программа обследования

включала использование анкет для выявления основных факторов риска (ФР) ССЗ, измерение АД по стандартной методике, измерение роста и массы тела, оценка показателей липидного спектра крови и глюкозы крови. При изучении психостатуса использована шкала депрессии Цунга. Результаты обработаны с помощью пакета программ Statistica 6,0.

**Результаты и обсуждение.** Индекс депрессии по шкале Цунга в целом в обследованной молодежной популяции составил  $37,38 \pm 0,75$  ед. АГ среди обследованных установлена, в целом, в 12,3% случаев (до 16,4% у мальчиков, до 8,3% у девочек). Низкая физическая активность наблюдалась у 40,9% М

и 77,4% Д (всего 58,2%), нарушения питания у 86,5 и 89,0% соответственно, избыточная масса тела у 3,7% и 7,4%, дислипотеидемии у 11,9% и 46,5% соответственно. Гипергликемия наблюдалась у 28,8% Ю и 10,4% Д. Среди обследованных сочетание 2 факторов риска (ФР) имели 16,7% и 11,1% Д, а 3 соответственно 6,9 и 3,2%; без ФР всего оказалось 27,1%. Усиление индекса депрессии наблюдалось у молодых лиц с 2 и более факторами риска по сравнению с респондентами без ФР. Так, индекс депрессии у обследованных с 2 и более факторами риска составил  $40,9 \pm 1,2$  ед., в то время как у респондентов без ФР —  $32,3 \pm 1,4$  ед. Наиболее высокие показатели

индекса депрессии наблюдались у молодых лиц с 3 и более ФР —  $42,6 \pm 1,5$  ед., при этом наиболее часто у молодых лиц с избыточным весом.

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование выявило высокую распространенность ФР ИБС среди молодых лиц, что в свою очередь, возможно, явилось причиной депрессивных состояний. В то же время депрессивные состояния могут привести к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Полученные данные указывают на необходимость проведения активных профилактических мероприятий на данном этапе.

**А.С. Лубнина, Е.А. Леушина**

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

## ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**A.S. Lubnina, E.A. Leushina**

Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia

## INFLUENCE ON THE EMOTIONAL STATIN STATUS OF PATIENTS WITH ISHEMIC HEART DISEASE

**Цель.** Изучить уровень тревоги и депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне приема статинов.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование, в которое включались пациенты, находящиеся на стационарном лечении в терапевтической клинике. В исследовании приняли участие 30 пациентов с патологией ИБС, принимающие статины, в том числе 16 мужчин и 14 женщин. Контрольная группа — 30 человек без ИБС. Средний возраст в группах составил  $60 \pm 2,1$  и  $57 \pm 2,3$  лет, из которых по классификации ВОЗ молодой возраст (25-44 лет) составил — 3%, средний возраст (44-60 лет) — 74% и пожилой возраст (60-75 лет) — 23%. Группы сопоставимы по полу. При статистической обработке использовался критерий Манна-Уитни. Для исследования использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.), которая была разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общепринятой медицинской практики A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г.

**Результаты.** При сравнении результатов исследования пациентов с ИБС, принимающих статины, и пациентов без ИБС был выявлен уровень тревоги: норма (0-7 баллов): 20% и 56% соответственно ( $p < 0,05$ ); субклинически выраженная тревога (8-10 баллов): 34% и 27% соответственно ( $p < 0,05$ ); клинически выраженная тревога (11 и более баллов): 46% и 17% соответственно ( $p < 0,05$ ). Уровень депрессии: норма (0-7 баллов): 36% и 60% соответственно ( $p < 0,05$ ); субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов): 34% и 23% соответственно ( $p < 0,05$ ); клинически выраженная депрессия (11 и более баллов): 30% и 17% соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о влиянии статинов на психоэмоциональный статус человека. Это следует учитывать врачам-клиницистам при назначении лечения сердечно-сосудистой патологии и активно применять методы коррекции психо-эмоционального статуса. Но нельзя делать окончательные выводы, потому что пациенты, не принимающие статины, не имеют такой серьезной патологии, как ишемическая болезнь сердца, которая сама по себе ухудшает психо-эмоциональный фон пациентов.

**Д.А. Еремина**

Санкт-Петербургский Государственный Университет, Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

## ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ\*

**D.A. Eremina**

Saint-Petersburg State University, Federal Almazov North-West Medical Research Centre, Saint-Petersburg, Russia

### PSYCHOSOCIAL FACTORS OF OPTIMIZATION OF COGNITIVE FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CHD UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

**Актуальность.** Одним из важнейших методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС) является операция коронарного шунтирования (КШ). Несмотря на то, что современный уровень развития кардиохирургических технологий привел к значительному снижению частоты развития тяжелых неврологических осложнений, легкие послеоперационные неврологические расстройства, в первую очередь снижение уровня когнитивного функционирования, остаются широко распространенной проблемой (Van Dijk D., 2000; Mathew J.P., 2003). В связи с этим представляется актуальным исследование прогностического значения психологических факторов в генезе наблюдаемых когнитивных изменений.

**Целью** настоящего исследования явилось комплексное изучение особенностей и нарушений когнитивной деятельности больных ИБС, перенесших КШ, их динамики в процессе реабилитации в связи с клиническими и психосоциальными характеристиками больных.

**Материалы и методы.** Исследование 118 пациентов с ИБС, перенесших КШ, преимущественно трудоспособного возраста без клинически диагностированной деменции было проведено на базе ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» и включало три этапа: первый — непосредственно перед операцией (за 2 дня до операции), второй — на 12-14 день после операции, т.е. перед выпиской больного из отделения реабилитации, третий — в отсроченном периоде, т.е. через 3 месяца после КШ.

**Методы исследования.** Был разработан психодиагностический комплекс, включающий клинико-

психологический, психодиагностический и нейропсихологический методы исследования, среди которых «Методика последовательных соединений» («Trail-Making test»); субтесты «Сходства» и «Кубики Коса» из «Шкалы Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS); патопсихологические пробы «10 слов», «Запоминание рассказов», «Простые аналогии»; «Тест зрительной ретенции» А. Бентона; «Тест интерференции» Струпа; «Интегративный тест тревожности» (ИТТ); «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS), а также компьютеризованные нейропсихологические методики «Острота зрения» и «Голлин-тест» («Gollin incomplete figures test»).

**Результаты.** С помощью факторного анализа из всех изученных психодиагностических и нейропсихологических показателей когнитивного функционирования было выделено 4 фактора: «Мышление», «Зрительное опознание», «Вербальная память» и «Когнитивный контроль». Среди психосоциальных характеристик, потенциально способных определять динамику выделенных факторов, наиболее благоприятным прогностическим значением обладают ( $p < 0,05$ ) благополучные семейные отношения, высокая социальная активность, более высокий уровень образования, трудоустроенность, оптимистическая оценка перспективы возвращения к трудовой деятельности по окончании периода восстановительного лечения после КШ.

**Заключение.** Полученные данные согласуются с результатами исследований, в которых средовые факторы рассматриваются как «резерв» для оптимизации когнитивного функционирования после КШ (Stern Y. et al., 2003).

\* Исследование проводится при поддержке гранта РГНФ Рег. № 14-06-00-163а.



**А.Н. Сапожников, И.А. Сабитов, О.В. Мазурова,  
А.М. Серякова, Е.Э. Леонова, Г.Х. Яхина, У.Б. Степанова**

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И СОПУСТВУЮЩЕЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**A.N. Sapozhnikov, I.A. Sabitov, O.V. Mazurova,  
A.M., Serjakova, E.Je. Leonova, G.H. Jahina, U.B. Stepanova**

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

## **CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE WITH CONCOMITANT PEPTIC ULCER DISEASE**

**Актуальность.** Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ/12-пк) относится к распространенным заболеваниям. Роль преморбидных клиничко-психологических особенностей личности в появлении язвенного дефекта несомненна. В настоящее время возрастает и число пациентов с сочетанием язвенной болезни и острым коронарным синдромом (ОКС). Такой вариант коморбидности всегда представляет трудности для лечащего врача и самого больного. Появляются сложности в интерпретации болевого синдрома, зачастую это приводит к позднему обращению за квалифицированной медицинской помощью, ошибочному приему «не-нужного» лекарственного средства. Затруднителен подбор медикаментозной терапии, когда многие препараты широко назначаются при одном заболевании, а при другой нозологии противопоказаны. Особенно ответственной задачей становится формирование комплаентных отношений врача с пациентами страдающими ОКС и сопутствующей язвенной болезнью.

**Цель.** Изучить клиничко-психологические особенности больных с острым коронарным синдромом и сопутствующей язвенной болезнью.

**Материалы и методы.** Изучены клиничко-психологические особенности больных с острым коронарным синдромом и ЯБЖ/12-пк в анамнезе. Возраст больных от 44 до 72 лет, средний возраст составил  $57,1 \pm 9,2$ . Группу сравнения составили 30 больных с ОКС соответствующего пола и возраста без язвенной болезни. Клиничко-психологические особенности больных изучены по опросникам: САН, шкале тревожности Спилберга-Ханина, шкале тревожности Тейлора-Норакидзе, шкале депрессии Цунга, адаптированной в НИПИ им.Бехтерева.

**Результаты.** По данным анкеты САН у больных с коморбидной патологией определено значимое ( $r=0,23$ ;  $p=0,03$ ) снижение по шкале «настроение» —  $3,8 \pm 0,6$  балла, тогда как в группе сравнения «настроение» —  $4,2 \pm 0,6$  балла. Также несколько «хуже» и поподшкалам «самочувствие» —  $3,9 \pm 0,6$  и  $4,0 \pm 0,6$  балла; «активность» —  $4,0 \pm 0,6$  и  $4,1 \pm 0,5$  балла.

По опроснику Спилберга-Ханина ситуационная тревожность (СТ) в группе с ЯБЖ/12-пк равна  $47,5 \pm 6,7$  баллов, в группе сравнения СТ —  $45,9 \pm 6,8$  баллов (различие недостоверное). Тем не менее «высокая» СТ в группе с коморбидной патологией встречалась чаще у 23 (77%) больных, тогда как в группе сравнения у 19 (63%). «Умеренная» СТ определена у 7 (23%) больных с коморбидной патологией и у 11 (37%) человек из группы сравнения. Личностная тревожность (ЛТ) у больных с сочетанной патологией составила  $51,5 \pm 6,3$  балла, что достоверно больше ( $r=0,21$ ;  $p=0,04$ ), чем в группе сравнения, в которой ЛТ —  $48 \pm 5,9$  балла. ЛТ характеризовалась как «высокая» у 25 (83%), «умеренная» у 5 (17%) больных с сочетанием ЯБЖ/12-пк и ОКС. «Высокая» ЛТ в группе сравнения у 22 (73%) больных, «умеренная» у 8 (27%) больных.

По шкале Тейлора-Норакидзе уровень тревоги у больных с ЯБЖ/12-пк  $27,4 \pm 7,8$  балла и в группе сравнения  $26,7 \pm 6,6$ . У больных с сочетанием ЯБ «очень высокий уровень тревоги» у 2 (6,7%) больных, в группе сравнения у 1 (3,3%). В основном выходили значения «высокого уровня тревоги» у 19 (63,3%) и 18 (60%) больных. По 8 (26,7%) получили средний (с тенденцией к высокому уровню) тревоги. У 1 (3,3%) больного из группы с сочетанной патологией и у 3 (10%) из группы сравнения вы-

явлены средний (с тенденцией к низкому) уровню тревоги. По шкале ЛЖИ значение в группе с сочетанием ЯБЖ/12-пк хотя и было выше на 5 баллов, но различие недостоверно:  $59,1 \pm 7,3$  балла и  $54,1 \pm 10,1$  балла.

При оценке шкалы депрессии Цунга установлено, что у больных с ЯБЖ/12-пк  $37,6 \pm 7,8$  баллов, в группе сравнения среднее значение составило  $35,7 \pm 5,9$  балла. «Легкая депрессия невротического

характера» отмечалась у 3 (10%) пациентов с сочетанной патологией и у 1 (3,3%) в группе сравнения.

**Заключение.** Сопутствующая острому коронарному синдрому язвенная болезнь ассоциирована с повышением личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина, снижением подшкалы «настроение» в опроснике САН. При наличии коморбидности имеется тенденция к возрастанию тревоги и депрессивных расстройств.

**Н.С. Зайцева, А.Д. Багмет, А.И. Топольскова, С.А. Чеботов**

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

## ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОГО СТРЕССА У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**N.S. Zaitseva, A.D. Bagmet, A.I. Topolskova, S.A. Chebotov**

Rostov state medical university, Rostov-on-Don, Russia

## PSYCHONEUROLOGICAL FEATURES OF EFFECTS OF COMBATING STRESS AT VETERANS OF COMBAT OPERATIONS SUFFERING FROM ARTERIAL HYPERTENSION

**Актуальность.** Стрессы и боевые травмы способны нарушать психовегетативные функции, что понижает работоспособность и качество несения службы, и повышает вероятность развития психосоматических заболеваний. Участие в боевых действиях рассматривается как стрессор, травматичный практически для любого человека. В отличие от других факторов, участие в войне является пролонгированной психотравматизацией. При длительном действии стрессора в организме образуются новые функциональные системы, обеспечивающие адаптационные возможности в изменившихся условиях существования (долговременная адаптация). С течением времени связи между элементами новых функциональных систем устанавливаются вследствие их постоянной активации и закрепляются пластическими процессами. Образующиеся для экстремальных условий новые функциональные системы существования могут сохраняться на неопределенно долгое время. Частным случаем этих изменений является формирование чувствительной «гипертонической доминанты», представляющей собой стойкий комплекс взаимосвязанных прессорных нейрогуморальных факторов и эндотелиальных дисфункций.

**Цель исследования.** Оценка влияния хронического боевого стресса (ХБС) на частоту развития

кардионеврологических и психосоматических расстройств у комбатантов, принимавших участие в боевых действиях (БД) на территории Северного Кавказа (СК).

**Материалы и методы.** Обследовано 238 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), разделенных на две группы — 105 военнослужащих с АГ, развившейся впервые во время участия в боевых действиях на территории СК, 95 военнослужащих с АГ, не участвовавших в БД. Группы сопоставимы по длительности основного заболевания и возрасту обследуемых. Диапазон коморбидной патологии учитывался на момент увольнения из вооруженных сил РФ, спустя 5-8 лет после участия в БД.

**Результаты.** Отмечено неблагоприятное течение гипертензивного синдрома у участников БД: только в этой группе в 10,5% случаев устанавливался диагноз «Гипертоническая болезнь 3 стадии» при наличии инфаркта миокарда (5,3%), переходящих (15,8%) и острых (14,2%) нарушений мозгового кровообращения. Состояние ХБС сопровождалось более частым развитием различных форм ИБС: аритмии (28,1% в I группе и 2,3% в группе контроля); хроническая коронарная недостаточность 2 стадии, подтвержденная коронарографически, выявлена

только у 3,5% пациентов — участников БД. Диагноз «Дисциркуляторная энцефалопатия III стадии» устанавливался в 4 раза чаще у участников БД (11,3% и 2,9%, соответственно). Неврологические нарушения у комбатантов сопровождались различными девиациями психики: психоорганический синдром (в I группе — 13,2% и 5,9% во II группе); органические расстройства личности (шизотипические, бредовые) только в I группе 5,7%; эмоционально-астенические нарушения (I группа — 47,2%,

II группа — 16,5%); делириозные состояния (только в I группе — 5,7%).

**Выводы.** Значимое влияние на формирование кардионеврологических и психосоматических расстройств у комбатантов в отдалённом периоде участия в БД оказывает ХБС. Участие в БД должно рассматриваться как фактор риска развития различных невротических и психогенных психических расстройств.

## М.С. Махмудова, М.Н. Саипова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

M.S. Mahmudova, M.N. Saipova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## PREVALENCE OF DEPRESSION AND RHYTHM DISTURBANCES AMONG PATIENTS WITH ISHEMIC HEART DISEASES

**Цель.** Изучить распространенность и выраженность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов с нарушениями ритма и ишемической болезнью сердца (ИБС), а также оценить качество жизни данных пациентов.

**Методы исследования.** При исследовании использовались психометрические шкалы, адаптированные к применению в терапевтическом стационаре: госпитальная шкала тревоги депрессии (HADS) для скрининговой диагностики, шкала депрессий Монгомери-Асберга (MADRS); опросник SF-36 для оценки качества жизни.

**Результаты.** Было обследовано 98 больных: 59 (60,2%) женщин и 39 (39,8%) мужчин, средний возраст  $56,5 \pm 6,8$  лет. По структуре заболеваемости: с фибрилляцией предсердий (ФП) — перманентная — 38%, рецидивирующая 62%, в том числе пароксизмальна 35%, персистирующая — 27%. Не включались больные с ОКС, перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, с ревматическим пороком сердца, ХСН IV ФК. У 58% пациентов выявлено ТДР, в том числе у 12% клинически выраженная депрессия (11 и более баллов по HADS и более 16 баллов по MADRS), у 18% — субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов по HADS), у 28% больных клинически и субклинически выраженная тревога (8 и

более баллов по HADS). Наиболее часто ТДР встречались у больных с рецидивирующей ФП (36%) Показатели по HADS (субшкалы тревоги и депрессии) достоверно различались у пациентов с ТДР и без них:  $10.65 \pm 4.36 / 10.33 \pm 2$  и  $1/3.56 \pm 2.03$  соответственно. Стенокардия напряжения по распространенности в группах не различались — 60% и 62%. При изучении КЖ пациентов с ФП было установлено, что больные с ФП коморбидной с ДР имеют достоверно более низкие показатели ролевого функционирования, обусловленного состоянием здоровья и эмоциональным состоянием, социального функционирования, психического здоровья, более низкую жизненную активность, т.е. имеют достоверно более низкие физический и психический компоненты здоровья.

**Заключение.** Изучение распространенности психических расстройств показывает наличие ТДР у пациентов с ФП (58% больных с депрессией и тревогой), наиболее часто у пациентов с рецидивирующей ФП. Пациенты с ФП коморбидной с ДР имеют достоверно более низкие показатели качества жизни (физический и психический компоненты здоровья), но пациенты с тревогой имеют не достоверно различимые показатели качества жизни, что возможно обусловлено обратимым характером денного состояния — нормальной реакцией организма на возникновение болезни.

**М.А. Трясунова, К.И. Агафонов, Н.Н. Маслова,  
Т.В. Уласень**

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ**

**M.A. Triasunova, K.I. Agafonov, N.N. Maslova, T.V. Ulasen**

Smolensk state medical university, Smolensk, Russia

## **EMOTIONAL STATUS AND LABORATORY PARAMETERS INTERCONNECTION IN PATIENTS WITH VASCULAR DISORDERS**

**Актуальность.** В настоящее время исследуется и активно обсуждается гипотеза инициации и декомпенсации сердечно-сосудистого и, в частности, цереброваскулярного заболевания, как реакции на дезадаптацию в среде и как следствие психологической травмы и деструктивной, саморазрушающей реакции на стресс. Однако аффективные расстройства могут возникнуть и как результат уже имеющихся соматических (биохимических) изменений, типичных для пациентов группы сосудистого риска. Эмоциональные расстройства могут быть и следствием воздействия психологических и социальных факторов, влияющих на развитие и течение ХИМ. Это доказывает, что аффективные расстройства во многом определяют течение хронического ССЗ по принципу «психосоматического балансирования».

**Цель исследования:** изучение зависимостей между клиническими, лабораторными (биохимическими) параметрами и изменениями психоэмоционального статуса пациентов.

**Материалы и методы.** В ходе исследования проводилось сравнение трех групп пациентов: пациентов с острым ишемическим инсультом, острым инфарктом миокарда и пациентов с ХИМ в стадии декомпенсации.

**Результаты.** Установлено наличие прямой положительной корреляционной связи между: а) самостоятельным применением растительных седативных препаратов и высокой степенью выраженности астении как физической, так и психической ( $p=0,0006$ ), и значением балла депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии ( $p=0,020$ ). Данная зависимость максимально выражена в группе пациентов с ОНМК ( $p=0,010$ ); б) наличием психологической травмы в течение года, предшество-

вавшего данному сосудистому событию (потеря близкого человека, тяжелое заболевание у себя или близкого родственника, потеря имущества или жилья, насилие т.д.) и выраженностью астении (как психической, так и физической), выявленной по Шкале Астенического Состояния ( $p=0,03$ ), и выраженностью депрессивных расстройств (по Госпитальной шкале тревоги и депрессии). Зависимость максимально выражена в группе пациентов с ОНМК ( $p=0,0033$ ).

Установлены прямые положительные корреляционные связи, отражающие влияние соматических и клинико-лабораторных показателей на выраженность явлений астении, а именно:

- ускорение частоты сердечных сокращений (от 80 в минуту и более) и балл по Визуально Аналоговой Шкале «Усталость» ( $p=0,049$ ). Подобная корреляционная связь отслеживается во всех исследуемых группах.
- выраженность гиперхолестеринемии (больше 5,2 ммоль/л) и балл по Визуально Аналоговой Шкале «Усталость» ( $p=0,019$ ). Подобная корреляционная связь максимально отслеживается в группе пациентов с ОИМ.

Обнаружена корреляционная связь между выраженностью гипоальбуминемии (35 г/л и менее) и значением балла по Шкале Д.Шихана «общение» ( $p=0,043$ ). Данная корреляционная связь прослеживается в группе пациентов с ОИМ.

**Выводы.** Своевременная нормализация клинико-лабораторных показателей и коррекция аффективных расстройств, прежде всего, тревожно-депрессивного спектра и физической астении, позволит сформировать положительную лечебную и жизненную перспективу больного, оптимизировать реабилитационный процесс.

**Н.Э. Бабаджанова, Н.С. Жумамуратова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

**N.E. Babadjonova, N.S. Jumamuratova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### PROPERTIES OF CHRONIC HEART FAILURE COURSE IN PATIENTS WITH PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS

**Цель исследования.** Определить влияние психовегетативных нарушений на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) и эффективность антидепрессантов (флувоксамин).

**Материал и методы.** Нами обследовано 72 больных в возрасте от 45 до 72 лет, (40 женщин и 32 мужчин), с ХСН I-II стадии (I-II функциональные классы по NYHA). Диагноз ХСН был установлен на основании комплекса клинико-лабораторных исследований. Этиологическим фактором всех больных явилась ИБС и ГБ. Тревожные и депрессивные состояния оценивались шкалами HADS. Качество жизни по данным Миннесотского опросника. Исследуемые больные в индивидуальных дозах получали флувоксамин (феварин от 50 до 150 мг в сутки).

**Результаты.** У 30 больных отклонений в психоэмоциональном статусе не выявлено, они составили 1-ую группу пациентов. У 11 пациентов выявлены

признаки изолированной депрессии (2-я группа). 15 пациентов страдали только тревожными расстройствами (3-я группа). Сочетание тревоги и депрессии было выявлено у 16 больного (4-я группа). Во 2, 3, 4 группах выявленные аффективные расстройства были клинически значимые (>10 баллов по шкале HADS).

Показатели качества жизни пациентов достоверно ( $p < 0,005$ ) отличались во 2,3,4 группах относительно пациентов 1 группы. Исследуемые больные коротко-временно (до 10 дней) и долговременно (до 40 дней) принимали антидепрессанты.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствует о том, что 63,5% больных с ХСН страдают расстройствами психоэмоционального статуса. У больных, получавших антидепрессанты, коротко-временно наблюдалась эффективность лечения — 30%, при долго-временном приеме в 30-40 дней эффективность лечения — 60%.

**Е.В. Ефремова, А.М. Шутов, И.А. Сабитов, Е.О. Бородулина**

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

## КОМОРБИДНОСТЬ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**E.V. Efremova, A.M. Shutov, I.A. Sabitov, E.O. Borodulina**

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

### COMORBIDITY AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

**Актуальность.** Известно, что наличие коморбидности (сопутствующей патологии) у больного ухуд-

шает качество жизни, приводит к социальной дезадаптации, и в итоге повышает смертность. Однако



данных, определяющих влияние коморбидности на психологические особенности больных с ХСН, представлено недостаточно.

**Цель исследования:** изучить особенности психологического статуса больных с ХСН, ассоциированные с коморбидностью.

**Материалы и методы:** Обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст  $61,8 \pm 9,6$  лет) с ХСН I — III стадии, I — IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Исследуемые больные были разделены на 3 группы: I группу (низкая коморбидность, индекс  $\leq 3$  баллов) составили 53 больных; II группу (умеренно выраженная коморбидность, индекс = 4–5 баллов) — 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс  $\geq 6$  баллов) — 77 больных. В исследовании использовались валидные психологические методики: опросник Мини-мульт (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., 1976); «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте (Plutchik R., Kellerman H., 1979); опросник акцентуации личности по К.Леонгарду (Leonhard K., 1968).

**Результаты.** Индекс коморбидности Чарлсона составил  $4,9 \pm 2,1$  балла у больных ХСН. У больных ХСН, ассоциированной с высокой и умеренно выраженной коморбидностью, отмечалось повышение профиля Мини-мульт по шкалам депрессии ( $63,2 \pm 14,4$  и  $53,9 \pm 13,9$  Т-баллов соотв.,  $P_{III,II-I} < 0,0001$ ), шизоидности ( $66,9 \pm 9,1$  и

$61,2 \pm 10,7$  Т-баллов соотв.,  $P_{III,II-I} = 0,004$ ), психастении ( $68,8 \pm 9,4$  и  $62,4 \pm 10,5$  Т-баллов соотв.,  $P_{III,II-I} = 0,0004$ ) с максимальным подъемом по шкале ипохондрии ( $78,3 \pm 15,3$  и  $72,7 \pm 10,6$  Т-баллов соотв.,  $P_{III,II-I} = 0,02$ ). Таким образом, больные с высокой и умеренно выраженной коморбидностью обладают более высоким профилем, характерным для ипохондрического синдрома. Для больных ХСН независимо от уровня коморбидности характерны механизмы психологической защиты по типу «проекция» ( $49,1 \pm 24,5\%$ ), «рационализация» ( $36,6 \pm 19,8\%$ ) и «отрицание» ( $35,2 \pm 19,1\%$ ). В нашем исследовании статистически достоверно выявлено, что в группе больных с высокой коморбидностью по сравнению с группой с низкой коморбидностью более напряжены психологические защитные механизмы по типу «регрессия» ( $19,1 \pm 15,3$  и  $13,8 \pm 11,0\%$  соотв.,  $P_{III-I} = 0,04$ ) и «замещение» ( $14,4 \pm 12,9$  и  $8,5 \pm 6,4\%$  соотв.,  $P_{III-I} = 0,01$ ). Преобладающим типом акцентуации характера независимо от коморбидности являлся эмотивный ( $13,5 \pm 6,1$  балла). Больные с высокой коморбидностью характеризуются наличием высоких показателей по шкале «дистимность» ( $13,6 \pm 3,7$  и  $11,0 \pm 4,5$  балла соотв.,  $P_{III-I} = 0,006$ ), и низких показателей по шкале «экзальтированность» ( $11,0 \pm 4,5$  и  $13,6 \pm 3,7$  баллов соотв.,  $P_{III-I} = 0,003$ ), что свидетельствует о слабости энергетических ресурсов, постоянном сниженном эмоциональном фоне больных с ХСН с высокой коморбидностью.

**Выводы.** Коморбидность приводит к закреплению примитивных механизмов психологической защиты, дистимной акцентуации, усилению ипохондрических, депрессивных реакций, дезадаптации, снижению мотивации у больных с ХСН.

## Н.С. Жумамуратова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

N.S. Jumamuratova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## INTERCONNECTION PSYCHOEMOTIONAL STATUS AND FLOW DISEASES BY SICK HYPERTENSIVE ILLNESS AND ISCHEMIC HEART DISEASE

**Актуальность.** Многочисленные исследования позволили с позиций доказательной медицины утверждать, что стресс и стресс-индуцированные состояния, прежде всего тревога и депрессия, явля-

ются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эти состояния значительно повышают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов: инфаркта миокарда, мозгового

инсульта, угрожающих жизни аритмий, внезапной кардиальной смерти, а также утяжеляют течение уже имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний.

**Цель работы.** Оценить взаимосвязь особенности психоэмоционального статуса у больных гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материалы и методы.** Была обследовано 124 пациента на базе семейной поликлиники № 9 М. Улутбекского района города Ташкента. Все больные были распределены на группы: I группа — 44 пациента с ГБ, средний возраст  $52,9 \pm 4,9$  лет; II группа — 40 пациентов с ИБС без ГБ, средний возраст  $51,8 \pm 4,5$  года; III группа — 40 пациентов с ИБС в сочетании с ГБ, средний возраст  $53,6 \pm 5,6$  лет. Психоэмоциональный статус определялся с помощью опросника Ридера по определению уровня стресса и психоэмоционального напряжения, опросника HADS по определению наличия тревожно-депрессивных состояний.

**Результаты.** Психоэмоциональный статус I группы обследуемых характеризовался преобладанием среднего уровня стресса у 45,5% опрошенных, нормой HADS-тревоги и HADS-депрессии, у 61,6% и 63,6% пациентов соответственно. Во II группе наблюдения выявлен средний уровень стресса у 52,5% больных, субклинические формы HADS-тревоги и HADS-депрессии у 47,5% и у 52,5% больных соответственно. В III группе обследованных преобладал высокий уровень стресса у 40% больных, клинически выраженные формы HADS-тревоги и HADS-депрессии выявлены у 52,5% и 45% больных соответственно.

**Заключение.** Пациенты с ИБС в сочетании с ГБ характеризуются более выраженными нарушениями психоэмоционального статуса по сравнению с пациентами, у которых имеются только ГБ или ИБС. Поэтому у больных с ИБС в сочетании с ГБ рекомендуется коррекция психоэмоционального статуса при комплексном лечении для улучшения качества жизни пациентов и для снижения неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений.

### З.М. Шоалимова, Н.Б. Ботирова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Z.M. Shoalimova, N.B. Botirova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## THE CHRONIC HEART FAILURE AFTER MYOCARDIAL INFARCTION AND IMPROVEMENT QUALITY OF LIFE

**Цель** исследования — оценить сравнительную эффективность шестимесячной терапии карведилола в сравнении с бисопрололом на толерантность к физической нагрузке и параметры КЖ больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным ХСН I — III ФК.

**Материалы и методы.** Обследованы 67 больных с ПИКС, мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. В исследование включались больные с давностью перенесенного ИМ от 6 мес. до 5 лет. Все больные были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1 группа составили 33 больных, получающие на фоне базисной терапии кардиоселективный  $\beta$ -адреноблокатор — бисопролол и 2-ую группу 34 больных, получающих на фоне базисной тера-

пии —  $\beta$ -адреноблокатор, обладающего  $\alpha_1$ ,  $\beta_1$  — и  $\beta_2$ -блокирующими свойствами, карведилол. Оценку КЖ больных проводили с помощью нескольких методик: опросника выраженности симптомов сердечной недостаточности (2000), модифицированный Г.Е. Гендлиным и Е.В. Самсоновым «Quality of Life Index», Миннесотского опросника, и опросника DASI, с помощью которого оценивали функциональные возможности больного, сумма показателей названа авторами индексом активности (ИА).

**Результаты.** Анализ результатов исследования КЖ показал, что выраженность симптомов ХСН возрастала по мере увеличения степени ХСН. Определение выраженности симптомов СН по опроснику на фоне терапии карведилолом и бисопрололом у боль-

ных с ХСН I-III ФК выявило высокодостоверное снижение их через 3 месяца терапии, с последующим улучшением через 6 месяцев по сравнению с исходными показателями, причем у больных с III ФК ХСН на фоне приема карведилола через 6 месяцев уменьшение выраженности симптомов СН было в 1,5 раза больше, чем у больных принимавших бисопролол.

Показатели суммарного индекса (СИ) КЖ по результатам Миннесотского опросника повышались при увеличении ФК ХСН. На фоне комплексной терапии ХСН с Карведилолом и бисопрололом отмечалось высокодостоверное уменьшение СИ КЖ у больных с ХСН I-III ФК ХСН через 3 месяца, с дальнейшим снижением показателей через 6 месяцев терапии. Более значимое снижение СИ КЖ наблюдалось в группе карведилола по сравнению с эффектом в группе бисопролола в 1,4 раза — у больных с I ФК ХСН, в 1,5 раза — с II ФК ХСН и в 1,84 раза — с III ФК ХСН.

Применение карведилола и бисопролола способствовало достоверному повышению КЖ по результатам опросника DASI у больных с I-III ФК ХСН через 3 и 6 месяца наблюдения. Повышение функциональной активности, наблюдаемое в обеих группах, было значительно выше при 6-месячном лечении карведилолом у больных с I ФК ХСН — в 1,77 раза, с II ФК ХСН — в 1,35 раза, а у больных с III ФК ХСН через 3 месяца терапии отмечалось увеличение ИА в 1,8 раза, чем в группе бисопролола.

**Заключение.** КЖ больных прогрессивно ухудшалось по мере нарастания степени ХСН. Положительная динамика показателей КЖ больных с ПИКС, осложненным ХСН на фоне длительной комплексной терапии с бисопрололом и карведилолом обусловлена увеличением толерантности к физической нагрузке, повышением функциональной и двигательной активности, способствующих улучшению психологического статуса больных.

**Н.Т. Ватутин<sup>1,2</sup>, А.С. Смирнова<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>— Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

<sup>2</sup>— Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, Украина

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

**M.T. Vatutin<sup>1,2</sup>, G.S. Smyrnova<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>— M.Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk, Ukraine

<sup>2</sup>— V.K.Gusak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery, Donetsk, Ukraine

## PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF COMORBID PATHOLOGY: CHRONIC HEART FAILURE AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**Актуальность.** Патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем доминирует в структуре заболеваемости и смертности населения во всем мире. Особую актуальность в условиях продолжающегося старения населения приобретает коморбидность указанных состояний, на фоне которой нередко выявляются психические расстройства, представленные зачастую тревожно-депрессивными проявлениями.

**Цель** — изучить особенности психического состояния у больных, страдающих хронической сердечной

недостаточностью (ХСН) ишемического генеза в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 154 пациента (94 мужчины и 88 женщин, средний возраст  $55,6 \pm 11,7$  лет), страдающих ХСН ишемического генеза. Основную группу составили 22 (14,3%) больных с ХСН и сопутствующей ХОБЛ, контрольную — 132 (85,7%) пациента с ХСН без легочной патологии. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным проводилось психо-

метрическое тестирование с использованием шкалы депрессии Бека и шкалы тревожности Спилбергера-Ханина.

**Результаты.** Анализ опроса по шкале Бека продемонстрировал наличие депрессивных расстройств у 12 (55%) больных с сочетанной патологией и 45 (34%) — с изолированной ХСН. При этом пациенты основной группы имели более высокий уровень депрессии по сравнению с контрольной ( $36,2 \pm 6,4$  и  $22,1 \pm 5,3$ , соответственно). Согласно данным шка-

лы Спилбергера-Ханина тревожные расстройства были выявлены у 11 (50%) больных с ХСН и сопутствующей ХОБЛ и 41 (31%) — с ХСН без легочной патологии. Уровень личностной тревожности был достоверно ( $p < 0,05$ ) выше уровня реактивной только в основной группе ( $55,4 \pm 9,2$  и  $43,1 \pm 9,5$ , соответственно).

**Выводы.** Сочетание ХСН и ХОБЛ сопряжено с широкой распространенностью и большей выраженностью тревожно-депрессивных расстройств.

## С.М. Халмухамедова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

S.M. Khalmukhamedova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND CLINICAL FEATURES OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**Цель исследования** — изучение распространенности психосоматических нарушений и клинических особенностей течения ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы.** В данной работе представлены результаты комплексного обследования 89 пациентов, больных стабильной стенокардией (СС) функционального класса (ФК) II-III и ХОБЛ 1 и 2 стадии. Средний возраст пациентов составил  $54,2 \pm 3,3$  лет. Длительность ИБС составила в среднем  $4,7 \pm 1,1$  лет. В группе сравнения (2 группа — ИБС без ХОБЛ) обследованы 35 пациентов со стабильной стенокардией ФК II-III, средний возраст которых составил  $55,4 \pm 2,6$  лет. Частоту обострения ХОБЛ и ИБС и развитие острых сердечно-сосудистых событий оценивали по клиническим и лабораторно-инструментальным данным. Наличие тревоги и депрессии определяли с помощью шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS). Сумма более 7 баллов по любой из двух шкал свидетельствовала о наличии аффективных расстройств: 8-11 — субклинически выраженная тревога (СвТ), 12 и более — клинически

выраженная тревога (КвТ) или депрессия (Д). Традиционные методы обследования включали оценку жалоб, сбор анамнеза, изучение объективного статуса и общепринятые обследования: клинический анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (протеинограмма, функциональные пробы печени, уровень сахара в крови, коагулограмма и липидограмма), ЭКГ, пикфлоуметрия, оценка функции внешнего дыхания.

**Результаты.** При анализе клинического состояния пациентов было выявлено, что наличие ХОБЛ у пациентов с ИБС неблагоприятно влияет на течение заболевания. Анализ клинико-гемодинамических показателей выявил, что у больных 1-й группы течение ИБС характеризовалось учащением приступов стенокардии в 1,9 раза, увеличением количества потребляемого нитроглицерина в 1,8 раз по сравнению с пациентами 2-й группы (ИБС без ХОБЛ) ( $p < 0,05$ ). При сопоставлении гемодинамических показателей было выявлено, что у пациентов 1 группы уровни САД, ДАД и ЧСС оказались достоверно выше, чем у пациентов 2-й группы ( $p < 0,01$ ). При этом уровень изменения уровня ДАД у пациентов

1-й группы характеризовались более выраженными изменениями по сравнению с пациентами другой группы.

Анализ полученных данных показал, что у пациентов 1-й группы отмечалось преобладание КвТ и Д (65,3%) над СвТ (38,7%). При этом психосоматические расстройства наблюдались у 48,2% больных, а в средний балл по тревоге составил  $13,1 \pm 2,9$ , а для депрессии —  $22,8 \pm 6,5$  баллов. У пациентов 2 группы аффективные расстройства отмечались у 31,5%

пациентов, средние баллы по тревоге и депрессии составили соответственно  $10,8 \pm 2,3$  и  $8,7 \pm 1,9$  баллов. При этом СвТ выявлена у 46,3% пациентов, КвТ и Д — у 22,7% и 18,3% пациентов соответственно.

**Заключение.** Коморбидное течение ХОБЛ и ИБС наряду с усугублением клинической картины заболеваний сопряжено с увеличением частоты встречаемости психосоматических расстройств, что необходимо учитывать при подборе терапии данных заболеваний.

## У.Н. Эшниязова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЛИЯНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

## U.N. Eshniyazova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

# FOLLOW UP INFLUENCE ON DEVELOPING DEPRESSIVE CONDITIONS AMONG PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION ON PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

**Цель.** Изучить влияние диспансерного наблюдения различной кратности на частоту тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных артериальной гипертензией в поликлинике № 16 города Ташкента.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 180 больных с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 36 до 68 лет (средний возраст  $53,4 \pm 1,6$  лет), среди них 122 женщины (67,8%, средний возраст  $57,2 \pm 1,4$  года) и 58 (32,2%, средний возраст  $50,3 \pm 1,2$  года). Психологические особенности оценивались при помощи госпитальной шкалы тревоги депрессии. Анкетирование больных проводилось в начале и в конце исследования. Продолжительность исследования составила 12 месяцев. Больные были рандомизированы на 3 группы: 1-ая группа (62 пациента) проходили наблюдение у кардиолога 1 раз в 3 месяца; 2-ая группа (50 пациентов) — 1 раз в 6 месяцев; 3-ая группа — 68 пациентов, наблюдалась спонтанно, в связи с ухудшением состояния. Все сформирован-

ные группы были сопоставимы по полу, возрасту, росту, весу, степеням повышения артериального давления, длительности заболевания, наличию сопутствующих заболеваний и социально-экономическому положению.

**Результаты.** При первичном анкетировании пациентов было выявлено, что частота ТДР составила 67,7% в 1-ой группе, 70% — второй и 70,6% больных третьей группы. Повторное психологическое исследование продемонстрировало снижение частоты тревожно-депрессивного синдрома в 1-ой группе на 25,8%, в то время как число указанного синдрома во 2-й и 3-й группах возросло на 12% и 16,2% соответственно.

**Заключение.** Диспансерное наблюдение за больными артериальной гипертензией в условиях поликлиники, проводимое не реже 1 раза в месяц на протяжении 12 месяцев достоверно снизило распространенность тревожно-депрессивных состояний.



**М.А. Царенко, Л.Н. Горобец**

МНИИП — филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, Москва, Россия

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И СД 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

**M.A. Tsarenko, L.N. Gorobets**

Moscow Research Institute of Psychiatry, Branch of Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of Health Ministry of Russia, Moscow, Russia

## THE PREVALENCE OF METABOLIC DISORDERS AND TYPE 2 DIABETES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS DURING LONG-TERM ANTIPSYCHOTIC TREATMENT WITH A GENDER PERSPECTIVE

**Актуальность.** В настоящее время актуальность изучения различных аспектов нейроэндокринных дисфункций (НЭД) у больных с расстройствами шизофренического спектра обусловлена тем, что при длительной антипсихотической терапии, метаболические нарушения становятся преобладающим побочным эффектом, существенно снижающим качество жизни и социальное функционирование больных. НЭД среди больных с расстройствами шизофренического спектра принимающих антипсихотическую терапию, варьирует от 25% до 60%, причем чаще установлены у женщин. В последние годы все большее внимание уделяется гендерному фактору, в определенной степени влияющему на эффективность и переносимость антипсихотиков. Несмотря на безусловную значимость гендерного фактора в проблеме подбора психофармакотерапии с целью достижения оптимальной эффективности и минимизации развития побочных эффектов, эта область изучена недостаточно, о чем свидетельствует противоречивость результатов, полученных к настоящему времени в соответствующих исследованиях.

**Цель исследования** — оценить частоту встречаемости СД 2 типа и МН у больных с расстройствами шизофренического спектра при длительной антипсихотической терапии по результатам скрининга с учетом гендерного фактора.

**Материалы и методы.** Материалом исследования послужили данные одномоментного обследования

амбулаторных карт больных с расстройством шизофренического спектра, находившихся на динамическом амбулаторном наблюдении на двух участках ПНД № 2 г. Москвы. Критериями включения в исследование являлись: возраст от 18 до 60 лет; диагнозы по МКБ -10: шизофрения (F20), шизотипическое расстройство (F21), хронические бредовые расстройства (F22), и шизоаффективное расстройство (F25); отсутствие беременности и лактации; отсутствие тяжелых форм соматических и эндокринных заболеваний. Обязательным критерием включения в исследование являлось наличие зафиксированного увеличения массы тела, изменения уровня глюкозы, инсулина, пролактина в процессе приема антипсихотиков.

Методы исследования: скрининговый и статистический.

**Результаты.** Все включенные в исследование пациенты (n=109) рандомизировались в три группы в зависимости от принимаемой терапии: 1 группу (n=46) составили пациенты при терапии галоперидолом; 2 группу (n=41) при терапии клопиксолом; 3 группу (n=22) при терапии рисперидоном. Средняя длительность заболевания в группах —  $19,5 \pm 1,8$  лет.

Частота встречаемости СД 2 типа и других метаболических расстройств среди больных страдающих расстройствами шизофренического спектра состав-

вила 24,6%, что согласуется с данными литературы (Горобец Л.Н. et al. 2013, Patel N.C. 2006, Sopunar Z.J. et al. 2009).

**Заключение.** В данном исследовании у больных женского пола частота встречаемости МН и СД

2 типа в 1,75 раз превышает таковую у мужчин, что согласуется с данными полученными Bobes J., Rejas J., Garcia-Garcia M. 2003 г., где была показана большая уязвимость женщин к развитию СД 2 типа и других метаболических расстройств, при приеме антипсихотической терапии, чем у мужчин.

**М.А. Лахнов, Н.П. Гусева**

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ,  
Ростов-на-Дону, Россия

## ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИОМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**M.A. Lakhnov, N.P. Guseva**

The Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

## THE SIGNIFICANCE OF THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE IN THE TREATMENT OF SOMATIC DISEASES IN OVERWEIGHT PATIENTS

**Актуальность.** На сегодняшний день ожирение является одной из наиболее значимых проблем, стоящих перед медициной. Избыточный вес отмечается у 30% населения планеты, в экономически развитых странах эта цифра приближается к 50%. Следствием ожирения являются многочисленные осложнения со стороны эндокринной и сердечно-сосудистых систем, что приводит к появлению и усугублению аффективных и невротических состояний. Кроме того, большинство пациентов воспринимают излишний вес не как болезнь, а как косметический дефект, поэтому зачастую впервые обращаются за медицинской помощью на стадии соматической декомпенсации. При лечении данной категории пациентов возникает ряд трудностей: низкий уровень комплаентности, мотивации, невозможность соблюдения лечебных рекомендаций в силу психопатологических особенностей.

**Цель исследования.** Выявить у пациентов с соматической патологией, имеющих избыточную массу тела, тип пищевого поведения, исследовать уровень тревожности, депрессии, наличие алекситимии.

**Материалы и методы.** На базе клиник ГБОУ ВПО РостГМУ исследовано 36 пациентов с повышенным индексом массы тела (ИМТ). Проводилось

клиническое обследование, разработана анкета, включающая клинические психометрические тесты-опросники (Голландский опросник пищевого поведения, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Торонтская шкала алекситимии.). Для оценки соматического здоровья использовались данные из истории болезни эндокринологического и кардиологического отделений.

**Результаты.** Средний возраст исследуемых составил 54,6 лет. Мужчин- 21 (58%) женщин — 15 (42%). Среднее значение ИМТ=33. В соматической патологии преобладают заболевания ССС: артериальная гипертензия — 21 пациентов (90,4%), хроническая сердечная недостаточность и дисциркуляторная энцефалопатия встречались у 6 больных (16,7%), диагноз ИБС выставлен у 6 пациентов (16,7%), СД 2 типа диагностирован у 11(30,5%) больных.

При анализе анкет выявлено, что у 35(97,2%) испытуемых имеется нарушение пищевого поведения (ПП). Эмоциогенный тип у 14 больных (38,9%), ограничительный — у 8 (22,2%). У 13 (36,1%) больных наблюдается смешанная форма ПП.

Депрессивная симптоматика выявлена у 18 (50%) пациентов. Из них клинически выраженная отмечается у 5, субклинически — у 13 исследуемых.

Клинически выраженная тревога отмечается у 3 (8,3%) исследуемых и у 7 (19,4%) на субклиническом уровне.

Алекситимия выявлена у 21 (58%) исследуемых.

**Заключение.** Анализ полученных данных показал, что практически у всех исследуемых пациентов (97%) наблюдается психогенное нарушения пищевого поведения, преимущественно по эмоциогенному типу. В эмоциональной сфере преобладает

гипотимический фон настроения вплоть до клинически выраженной депрессии, а также тревожная симптоматика. У половины пациентов наблюдалась выраженная алекситимия. Это говорит о необходимости комплексного подхода к лечению данной категории пациентов. Помимо базисной терапии соматического заболевания необходимо учитывать аффективные нарушения и принимать меры к их коррекции после консультации психиатра или психотерапевта.

## Н.Ф. Шимкина, Ю.В. Мухитова

Первый Санкт–Петербургский Медицинский Университет имени академика И.П.Павлова, Санкт–Петербург, Россия

# ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО — АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

N.F. Shimkina, J.V. Mukhitova

The First Saint — Petersburg Pavlov's State Medical University, Saint — Petersburg, Russia

## THE INFLUENCE OF THE METHOD OF INSULIN THERAPY ON THE DEVELOPMENT OF COGNITIVE AND EMOTIONAL — AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1

**Актуальность.** Сахарный диабет первого типа (СД 1) — одно из распространенных эндокринологических заболеваний, встречающихся, в том числе, у пациентов молодого возраста. Частым осложнением является поражение нервной системы, включающее повышенную физическую и умственную утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение памяти, головные боли, диссомнию, тревогу, депрессию, нарушение настроения и аффективных реакций.

**Цель исследования.** Оценить наличие и сравнить выраженность когнитивных и эмоционально — аффективных расстройств, у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, использующих инсулинотерапию методом непрерывных подкожных инфузий и методом множественных подкожных инъекций.

**Материалы и методы.** Было обследовано 34 пациента в возрасте  $29 \pm 11$  лет, длительностью заболевания СД  $14,25 \pm 9,25$  лет, уровнем гликированного гемоглобина —  $9,5 \pm 1,5\%$ . Из исследования

были исключены пациенты, имевшие в анамнезе психические расстройства, врожденные когнитивные нарушения, экзогенные интоксикации любой этиологии.

В первую группу ( $N=16$  человек) вошли пациенты, находившиеся на терапии методом непрерывных подкожных инфузий в течение последних  $4,5 \pm 1,5$  лет, ранее получавшие инсулинотерапию методом множественных подкожных инъекций в течение  $11,3 \pm 5,4$  лет. Во вторую группу ( $N=18$  человек) вошли пациенты, получавшие инсулин методом множественных подкожных инъекций в течение  $12,7 \pm 7,7$  лет.

Всем пациентам проводилось тестирование с использованием стандартизованных, валидированных шкал: HADS, MMSE, MoCA.

**Результаты.** Шкала MMSE изменений когнитивных функций не выявила, все пациенты имели значения баллов соответствующие норме, без достоверного отличия между группами. По шкале MoCA

разница между группами выявлена статистически достоверная. Пациенты из группы постоянных подкожных инфузий имели более высокие показатели, по сравнению с контрольной группой — 29,3 и 27,6, соответственно.

Наличие и выраженность эмоционально — аффективных нарушений оценивали по HADS. Среднее значение в первой группе составило 4,12, что свидетельствовало об отсутствии нарушений, во вто-

рой — 8,44, что соответствовало субклинически выраженной тревоге или депрессии.

**Заключение.** Выявленные различия указывают на преимущества инсулинотерапии методом непрерывных подкожных инфузий перед терапией методом множественных подкожных инъекций в достоверно меньшей выраженности когнитивных и эмоционально — аффективных расстройств, у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

**Н.В. Будникова, С.Е. Ушакова, И.А. Романенко**

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава РФ, Иваново, Россия

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИХ

**N.V. Budnikova, S.E. Ushakova, I.A. Romanenko**

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH METABOLIC SYNDROME DEPENDING ON ITS COMPONENTS

**Актуальность.** По данным ВОЗ темпы распространения метаболического синдрома (МС) в мире носят масштабы эпидемии. Остаются неутонченными причинно-следственные связи в развитии МС. Составляющие МС не только взаимосвязаны, но и взаимообусловлены друг другом. Одним из этиологических факторов основного критерия МС, абдоминального распределения жира, являются особенности личности, которые моделируют изменение пищевого поведения, формируя избыточную массу тела и ожирение (ОЖ).

**Целью** работы было изучение психологических особенностей личности при преобладании разных составляющих МС.

**Материалы и методы.** Обследовано 210 человек с МС, которые были разделены на группы в зависимости от степени выраженности таких показателей, как индекс массы тела (ИМТ) и нарушения углеводного обмена (НУО). 1 группа — 83 пациентов с абдоминальным распределением жира, ожирением (ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>), артериальной гипертонией (АГ) и дислипидемией (ДЛП). Во 2 группу вошли 94 человек с абдоминальным ожирением (АО) — ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>, АГ и ДЛП. 3 группа —

33 обследованных с абдоминальным ожирением (АО), АГ, ДЛП и НУО (инсулинорезистентность, предиабет, сахарный диабет 2 типа). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средний возраст составил  $49,5 \pm 3,8$  лет. Личностные психологические особенности оценивались по сокращенному многофакторному опроснику личности (СМОЛ) и тесту Спилбергера-Ханина.

**Результаты.** Высокий уровень реактивной тревоги по тесту Спилбергера-Ханина достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) имел место у пациентов 3 группы (40%). У пациентов 2 и 3 группы имели место умеренный (55% — 2 группа, 45% — 3 группа) и высокий (45% — 2 группа, 55% — 3 группа) уровни личностной тревоги. Низкий уровень личностной тревоги не определялся у лиц 2 и 3 группы. Оценка усредненных профилей СМОЛ показала, что у обследованных всех трех групп имел место нормативный разброс показателей: от 40 до 60 Т-баллов. Пациенты отличались личностными особенностями, а не психопатологическими нарушениями. Психологические профили СМОЛ имели схожую конфигурацию: во всех группах отмечалось повышение по шкале 1 (ипохондрии или соматизации тревоги), 3 (эмоциональной лабильности) и 7 (тревоги). Сни-

жение по шкалам 4 (психопатии) и 6 (паранойальности) можно расценить, как отсутствие способности нести ответственность за себя, за свое здоровье и результаты своего лечения. Лица 1 группы имели весь спектр психологических нарушений, аналогичный пациентам 2 и 3 группы.

**Заключение.** Личностные особенности (высокий уровень тревоги, ее соматизацию и низкий уровень ответственности за лечение) больных с МС в зависимости от его составляющих должны учитываться при терапевтическом сопровождении этих пациентов.

## Н.С. Жумамуратова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ОЦЕНКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

## N.S. Jumamuratova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

# APPRAISAL CLINICAL-FUNCTIONAL AND PSYCHOLOGICAL CONDITION PATIENT WITH SUGAR DIABETES TYPE 2

**Актуальность.** Одной из важных проблем современной диабетологии являются психо-социальные аспекты сахарного диабета (СД). У больных с сахарным диабетом типа 2, широко распространены тревожно-депрессивные состояния, которые нарастают с увеличением длительности заболевания, его возможной декомпенсации, при наличии выраженной диабетической периферической соматической и автономной нейропатий. Вероятно, эти психологические изменения могут быть как следствием, так и причиной неэффективного лечения и тяжелого течения СД.

**Цель исследования:** изучение особенностей течения и динамики клинко-функционального состояния у пациентов СД типа 2 в зависимости сопутствующих психо-эмоциональных расстройств.

**Методы исследования:** в исследовании принимали участие 36 пациентов обеих полов с установленным диагнозом СД типа 2. Средний возраст пациентов составил  $56,6 \pm 7,5$  года. У всех обследуемых была выявлена диабетическая кардиальная нейропатия по данным исследования вариабельности сердечного ритма, диабетическая полинейропатия нижних конечностей установлена на основании неврологического обследования. Сопутствующая патология: абдоминальное ожирение, гипертоническая болезнь 2–3 стадии, сердечная недостаточность I–II функционального класса по тесту

с 6-минутной ходьбой. Для выявления и оценки выраженности психоэмоциональных расстройств пациентам проводили психопатологические тесты: шкала депрессии Цунга и шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

**Результаты исследования:** в группе обследуемых нами пациентов были выявлены наличие психологических расстройств у 16 (44,7%) из 36 пациентов. Минимальная степень тревоги отмечалась у 14,2%, умеренная степень тревоги — у 43% и выраженная — у 32,8% больных. Легкая степень депрессии встречалась 43,7% больных, средней тяжести — у 31,5% и тяжелая степень — у 12,8% больных. На момент включения в исследование между сформированными группами не отмечено статистически значимых различий по возрасту, полу, тяжести СД типа 2, длительности и частоте сопутствующих заболеваний. Клиническое течение СД типа 2 статистически значимо преобладали в группе больных с психо-эмоциональными нарушениями. Выявлено, что субъективные ощущения были более выражены у больных с нарушением психологическим статусом, чем объективные симптомы.

**Выводы:** у пациентов СД типа 2 определение психологического статуса выявило преобладание умеренно выраженных тревожных расстройств. Психо-эмоциональный статус является важным аспектом полноценной жизни пациентов. В последнее



время наблюдается «омоложение» сахарного диабета типа 2 (снизился возраст пациентов с впервые выявленным диабетом типа 2 с 56,1 до 51,4 года) и рост средней продолжительности жизни в этой группе больных. Поэтому выявление возможных

нарушений психо-эмоциональной сферы и их адекватная коррекция становятся обязательными компонентами комплексного лечения пациентов с сахарным диабетом типа 2, позволяющими повысить качество их жизни.

**Г.Э. Мазо, М.А. Ганзенко**

Санкт-Петербургский Научно-исследовательский Институт им.В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург, Россия

## ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

**G.E. Mazo, M.A. Ganzenko**

St.-Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St.-Petersburg, Russia

## DEPRESSION IN WOMEN WITH MENOPAUSAL TRANSITION

Вопросы здоровья женщин среднего возраста в настоящее время представляют собой отдельное направление в медицине. Это определяется регистрацией у женщин в этом возрастном периоде множественных проблем с соматическим и психическим здоровьем, связанных со специфическими гормональными изменениями, сопряженными с перименопаузальным периодом (45 — 57 лет). Из наиболее значимых медицинских проблем, с которыми сталкивается женщина среднего возраста, выделяют сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз. Из психических нарушений депрессия рассматривается в качестве одной из важных проблем, влияющих на качество жизни и социальное функционирование женщин средней возрастной группы.

Наиболее обоснованная причина формирования депрессии — изменение гормонального фона в связи со снижением овариальной функции и, как следствие, нестабильность концентрации половых стероидных гормонов в периферической крови. Половые стероиды, а именно эстрогены и прогестины, оказывают влияние на нейротрансмиттерные системы, имеют нейропротективное влияние посредством ограничения оксидативного стресса. Наибольшая уязвимость к формированию депрессии определяется нестабильностью уровня эстрогена и недостаточными адаптационными резервами организма, определяющими возможность функционировать в нестабильных условиях. В последние годы активно обсуждается роль гормона эпифиза мелатонина в фор-

мировании перименопаузальных депрессивных состояний.

Депрессивные симптомы у женщин этого возрастного периода тесно связаны с другими симптомами перименопаузального симптомокомплекса, что, возможно, и определяет специфичность психопатологической структуры. Специфичность феноменологических характеристик депрессивных состояний в период возрастного снижения репродуктивной функции у женщин представляет собой веский аргумент для выделения этих состояний в особую подгруппу аффективного расстройства, что определяет необходимость разработки специфических терапевтических подходов.

При назначении антидепрессантов таргетными точками приложения психофармакотерапии являются влияние на аффективный симптомокомплекс и соматические вазомоторные перименопаузальные нарушения. Выбор антидепрессантов проводится с учетом анксиолитической активности препаратов и влияния на когнитивные нарушения, которые имеются у данной категории пациенток. При выборе антидепрессанта особое внимание уделяется побочным эффектам (повышение массы тела, риск формирования остеопороза). Учитывая трудности в терапии депрессии в период менопаузального перехода у женщин, возможность назначения гормонзаместительной терапии в качестве аугментационной стратегии решается индивидуально с учетом противопоказаний для использования этих препаратов.

**Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова,  
Т.К. Калантаров, С.П. Холодин**

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,  
Тверь, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**E.A. Evstifeeva, S.I. Filipchenkova, T.K. Kalantarov, S.P. Holdin**

Medical University "Tver State Medical Academy" of the Ministry of Health, Tver, Russia

## PSYCHOSOMATIC COMPONENT AND THE QUALITY OF LIFE OF SURGICAL PATIENTS

**Цель исследования** — изучение психосоматической составляющей и качества жизни пациентов с гипертериозом в хирургической практике. Гипертиреоз — распространённый эндокринный синдром, вызванный сверхактивной выработкой тиреоидных гормонов (тироксина и трийодтиронина) щитовидной железой. Включение индивидуально-психологических особенностей пациента с гипертериозом в процессы диагностики и трактовку результатов лечебных воздействий расширяет диагностические возможности. Качество жизни — междисциплинарное понятие, интегральное объективное и субъективное выражение состояния здоровья. Качество жизни — проецируемая переменная, инициируемая социальными настроениями, ожиданиями населения, личностными предпочтениями, представлениями. С помощью оценки качества жизни можно получить многомерное представление, распознавать медицинские, психологические, социально-экономические параметры и риски здоровья, учитывать соразмерность объективной и субъективной оценки жизни и здоровья, их темпоральную изменчивость. В психологическом контексте наличие и оценку субъективного аспекта качества жизни наиболее ярко экспонирует такой субъектный измеритель как рефлексивность. Рефлексивность, понимаемая как способность к критическому осмыслению текущей деятельности, личная взыскательность, адекватная самооценка собственных мыслей, действий, в том числе в отношении собственного здоровья и которая развёрнута на будущее, влияет на психоэмоциональный статус пациентов и субъективную оценку качества жизни, а также на медицинские показатели в послеоперационный период и перспективы лечения.

**Материал и методы.** Обследовано в течение 3-х лет 60 пациентов хирургического профиля (эндокринное заболевание: гипертиреоз) в возрасте 38-

56 лет на базе хирургического отделения Областной клинической больницы г. Твери и психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала Тверского государственного медицинского университета. Психодиагностический инструментарий исследования составили методики: методика оценки качества жизни SF-36; методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова; опросник социальной значимости болезни А.И. Сердюка; методика диагностики уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.А. Ханина.

**Результаты.** Качество жизни больных зависит от их индивидуально-психологических особенностей и постепенно улучшается с увеличением сроков после перенесенной операции. Пациенты демонстрируют средний уровень рефлексивности с тенденцией к высокому (5,2 стана). Они характеризуются высокой личностной и реактивной тревожностью до операции. Через 4 месяца после операции показатели тревожности имеют тенденцию к снижению, хотя остаются на высоком уровне. Спустя 1 год после операции показатели снизились и находятся на уровне низкой и умеренной тревожности. Для пациентов хирургического профиля наиболее значимыми являются следующие параметры их социального статуса: ощущение потери сил и энергии, ухудшение отношений на работе, ограничение карьеры, материальный ущерб.

**Заключение.** В рамках исследования устанавливается, что такие психосоматические составляющие, как индивидуально-психологические особенности, когнитивный ресурс и психоэмоциональный статус влияют на оценку качества жизни больных хирургического профиля с эндокринными заболеваниями. Улучшение качества жизни больных после операции связано с их внутренними субъективными ресурсами и психосоматическим статусом.

**Я.М. Вахрушев, М.С. Бусыгина**

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Y.M. Vakhrushev, M.S. Busygina**

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

## THE PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE WITH CONCOMITANT DUODENAL FAILURE

**Целью** работы являлось изучение изменений психоэмоционального состояния у больных язвенной болезнью (ЯБ) с сопутствующей хронической дуоденальной недостаточностью (ХДН).

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 80 больных ЯБ с сопутствующей ХДН (группа наблюдения). Мужчин было 45, женщин — 35. У 18 больных язва локализовалась в желудке, у 62 — в двенадцатиперстной кишке (ДПК). В группу сравнения вошли 30 больных ЯБ без сопутствующей ХДН, из них у 12 больных язва была в желудке, у 19 — язва была в ДПК.

Помимо изучения анамнестических и физикальных данных, в верификации ЯБ использованы результаты рентгенологических и эндоскопических исследований. Оценка моторной функции желудка и ДПК проводилась с помощью периферического электрогастрографа ЭГГ-4М натощак и после пробного завтрака. Для определения типа темперамента использовался тест-опросник Айзенка, для оценки личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности-тест-опросник Спилберга-Ханина.

Результаты специальных исследований сравнивали с показателями контрольной группы, которую составили 20 практически здоровых лиц.

**Результаты.** При ЯБ желудка с сопутствующей ХДН средний уровень ЛТ составил 52,2 балла, что соответствует ее высокому значению, в сравнении с контрольной группой (21,3 балла). Уровень СТ был 38,1 баллов, из них 43,7% больных были интровертами, 51,3%-экстравертами. Уровень нейротизма составил 11,75 баллов (в контроле 9,21 балла). У 75% больных ЯБ желудка группы наблюдения частотная характеристика электрической активности желудка характеризовалась брадикастрией, у 25% — нормо-

гастрией, у 5% — тахикастрией, у 30% — нормотонией, у 67% — гипертонией, у 3% — гипотонией. У всех больных ЯБ желудка в группе наблюдения электрическая активность ДПК натощак и после приема пищи соответствовала гипокинезии, по амплитуде гипертония наблюдалась у 60%, гипотонический тип кривой — у 40% больных.

У больных ЯБ ДПК с сопутствующей ХДН средний уровень СТ составил 47,5 баллов, что соответствует ее высокому значению в сравнении с контрольной группой (31,5 баллов). Уровень ЛТ — 32,5 баллов. 75,3% больных ЯБ ДПК были экставертами, уровень нейротизма — 8,1 баллов. У больных ЯБ ДПК в группе наблюдения частота сокращения волн желудка натощак соответствовала нормогастрии (85%), а амплитуда — гипертонии (58,3%), после приема пищи наблюдалось снижение частоты и повышение амплитуды волн сокращения желудка (66,7%). Электрическая активность ДПК натощак соответствовала гипокинетическому (98,2%) и гипотоническому (62,3%) типу кривой.

У больных ЯБ желудка и ДПК без сопутствующей ХДН натощак отмечается гипертония желудка (45%) и ДПК (68,95%), после приема пищи показатели электрической активности желудка повышаются по амплитуде. Уровни ситуативной (31,5 баллов) и личностной (45,1 баллов) тревожности у больных ЯБ без сопутствующей ХДН, в целом, превышали показатели контрольной группы, однако они были ниже данных группы наблюдения.

**Заключение.** У больных установленные нарушения психо-эмоционального состояния сопряженные с расстройствами моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны являются важными патогенетическими факторами в более тяжелом течении ЯБ с сопутствующей ХДН.

**Д.М. Тураева, Г.У. Алимова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**D.M. Turaeva, G.U. Alimova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## FEATURES OF PSYCHOEMOCIONAL — PERSONAL SPHERE OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE

**Цель исследования:** Выявить клинические особенности заболевания в зависимости от тяжести остроты язвенного процесса и взаимосвязи с эмоционально-личностной, психологической сферой в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы:** Обследовано 93 больных (женщин — 26, мужчин — 67) на базе семейной поликлиники (СП) № 9 города Ташкента. Обследование проводилось согласно стандартам. Психосоциально-личностная сфера больных исследовалась с помощью теста СМОЛ, теста ЛОБИ (ТОБ, шкалы Ю.А. Александровского). Качество жизни оценивали по тесту КНЦ РАМН.

**Результаты:** Суммарный показатель выраженности болевого синдрома в зависимости от острого процесса колебался от 8 до 17 баллов, сопровождаясь тревожно-фобическим состоянием, проявляясь «невротическим» типом профиля СМОЛ, в пределах 45-67 Т-баллов как по клиническим, так и по оце-

ночным шкалам. Выявлен неоднородный тип личностного реагирования на болезнь: у 55% обнаружен тревожный тип отношения к болезни; ипохондрический у 43,7%; неврастенический — 22,3%; меланхолический — 12,5%. В группе лиц с более тяжелым течением язвенной болезни наиболее характерным был эргонатический тип — 42,7%, тревожный — 29,7%, ипохондрический — 27,6%. У 61 пациента имело место нарушение сна: преобладали пресомнические нарушения в виде трудности засыпания, интрасомнические расстройства выявлены у 32 лиц. У всех больных наличие язвенной болезни сопровождалось снижением качества жизни: ограничение физической нагрузки — 64,5%; профессиональной деятельности (100%), проведение досуга (71, 3%), ведение домашнего хозяйства (54, 4%).

**Выводы:** необходимо учитывать особенности психологического статуса больных язвенной болезнью при лечении, реабилитации и профилактике больных данного профиля.

**С.И. Садикова, С.Х. Джалилова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**S.I. Sadicova, S.Kh. Djalilova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## PSYCHOSOMATIC BREACH OF COURSE ACIDY DEPENDENCE DISEASES

**Цель исследования** — изучение влияния психосоматических расстройств на течение кислотозависимых заболеваний — гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ), язвенной болезни 12 перстной кишки (ЯБДК) и хронического панкреатита (ХП).

**Материалы и методы.** Были исследованы 38 больных с кислотозависимыми заболеваниями в отделении гастроэнтерологии 1-ой клиники Ташкентской Медицинской Академии (ТМА), которые находились на стационарном лечении в течение 10 дней. Боль-

ные были разделены на три группы: первая — болезни более 5 лет, 19 больных (50%), из них 8 больных с ГЭРБ, 7 больных ЯБДК, 4 больных с ХП; вторая — с давностью заболевания менее 5 лет, 19 больных (50%), из них 6 больных с ГЭРБ, 8 больных с ЯБДК, 5 больных с ХП. Всем пациентам при поступлении проводили сбор анамнеза жизни и заболевания, анализ клинической симптоматики болезни, биохимические анализы крови, копрограмму и анализ кала на скрытую кровь, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, а для определения психосоматических расстройств проводили тест на определение ситуативной и личностной тревожности Спилбергера — Ханнина.

**Результаты** исследования показали наличие определённой закономерности между продолжительностью течения кислотозависимых заболеваний и выраженностью проявления психосоматических расстройств. А именно, согласно тесту Спилбергера — Ханнина в первой группе ситуативной тревожности высокой степени были подвержены 4 больных — 21%, личностной тревожности были подвержены 10 больных — 52,6%, и ситуативную и личностную тревожность определили у 5 больных — 26,3%, 3 больных — 15,7% не были подвержены ни ситу-

ативной, ни личностной тревожности. Во второй группе тест Спилбергера — Ханнина показал, что ситуативной тревожности были подвержены 3 больных — 15,7% (с ГЭРБ), личностной тревожности подвержены 5 больных — 26,3%, и ситуативная и личностная тревожность определялась у 1 больного — 5,2% (с ГЭРБ), у 2 больных — 10,5% (с ХП) не выявилась ни ситуативная, ни личностная тревожность. Таким образом, в первой группе у больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями более 5 лет, ситуативная и личностная тревожность встречаются в 90,5% случаях, а в 88% случаев отмечаются выраженный болевой и диспептический синдром. Во второй группе у больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями менее 5 лет, ситуативная и личностная тревожность встречается в 72,7% случаях, 71% больных характеризовали болевые ощущения как незначительные и средней интенсивности.

**Заключение.** Результаты исследования показали, что общее состояние больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями более 5 лет, усугубляются психосоматическими расстройствами больше, чем у больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями менее 5 лет.

## Л.Д. Фирсова<sup>1</sup>, И.М. Пичугина<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>—Московский клинический научный центр Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

## ЭЗОФАГОСПАЗМ: СООТНОШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ

L.D. Firsova<sup>1</sup>, I.M. Pichugina<sup>1</sup>, V.E. Medvedev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>— Moscow clinical research center of Moscow City Health Department, Moscow, Russia

<sup>2</sup>— Peoples Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## ESOPHAGISM: CORRELATION BETWEEN MENTAL AND SOMATIC DEVELOPMENT FACTORS

**Актуальность.** В качестве одной из патогенетических теорий развития первичного эзофагоспазма в настоящее время рассматривается нарушение двигательной функции пищевода с вегетативным дисбалансом на фоне психопатологических расстройств. При вторичном эзофагоспазме, с одной стороны, описывается его этиопатогенетическая связь с гастроэзофагеальным рефлюксом, с другой — не исключается определяющая роль психовегетативных расстройств.

**Цель работы.** Сравнительный анализ результатов инструментального и психодиагностического об-

следования больных при первичном эзофагоспазме и его сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Материалы и методы.** Обследовано 104 больных с клиническими и манометрическими признаками эзофагоспазма. Выделено две группы: 1-я группа — 42 больных (первичный эзофагоспазм), 2-я группа — 62 больных (эзофагоспазм в сочетании с ГЭРБ).

Обследование включало сбор клинико-психопатологического и соматического анамнеза, манометрию



пищевода, ЭГДС, суточную рН-метрию. Дополнительно использовался психометрический метод с привлечением Опросника выявления вегетативных нарушений, Сокращенной методики обследования личности. При статистической обработке материала применена программа Statistica 10. Частоту встречаемости признаков анализировали на основании критерия Фишера, статистические ряды сравнивали с учетом критерия Стьюдента.

**Результаты.** Анамнестически у всех пациентов развитие эзофагоспазма наблюдается на фоне хронического психоэмоционального стресса. Психопатологические расстройства аффективного и тревожного регистра в сочетании с нарушениями социальной адаптации разной степени выраженности отмечены у 84,7% больных при отсутствии межгрупповых различий ( $p = 0,668$ ). Вегетативные нарушения выявлены у абсолютного большинства больных эзофагоспазмом (76,0%), межгрупповые различия недостоверны ( $p = 0,578$ ). При первичном эзофагоспазме

в сравнении с эзофагоспазмом в сочетании с ГЭРБ достоверно чаще по данным манометрии констатируется несогласованность моторики всего пищевода ( $p = 0,004$ ). При сравнении статистических рядов показателей амплитуды и длительности сокращений в дистальном отделе пищевода у больных двух групп достоверных различий не выявлено ( $p = 0,231$ ).

**Выводы.** Одним из ключевых этиопатогенетическим факторов развития эзофагоспазма является хронический психоэмоциональный стресс, сопровождающийся психовегетативными реакциями в рамках аффективных и тревожных расстройств как при первичном эзофагоспазме, так и при его сочетании с ГЭРБ. Моторная функция пищевода в целом в значительно большей степени нарушена при первичном эзофагоспазме, чем при эзофагоспазме в сочетании с ГЭРБ. Полученные данные обуславливают дальнейшее изучение соотношения вкладов психических и соматических (рефлюкс желудочного содержимого в пищевод) факторов на развитие эзофагоспазма.

**Д.М., Тураева Г.У. Алимова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**D.M. Turaeva, G.U. Alimova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## STUDY PSYCHOLOGICAL STATUS AND FUNCTIONAL STATE OF THE GALLBLADDER IN PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE IN PRIMARY CARE

**Цель исследования:** Изучение психологического статуса, сократительной функции желчного пузыря (ЖП) и биохимического состава желчи у больных ранней стадией желчнокаменной болезнью (ЖКБ), а так же определение степени сопряженности их изменений.

**Материалы и методы:** На базе семейной поликлиники (СП) № 9 города Ташкента обследовано 76 больных ЖКБ в возрасте от 21 до 67 лет, при верификации заболевания (УЗИ ЖП и желчевыводящих путей, биохимическое исследование желчи) установлена I (физико-химическая) стадия ЖКБ. Психологический статус изучался по уровню личностной

(ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) с помощью опросника Спилбергера-Ханина. Сократительную функцию ЖП (СФЖП) исследовали методами динамической эхохолецистографии и гепатобилисцинтиграфии. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

**Результаты:** У всех больных выявлено повышение уровня холестерина, снижение уровня желчных кислот и холато-холестеринового коэффициента (ХХК) в порциях «В» и «С» желчи, что свидетельствует о ее литогенности, в 100% случаев обнаружен билиарный сладж. Уровень ЛТ и РТ превышал показатели контрольной группы (32,5+2,8 и 29,4+3,7

соответственно) и составил  $47,4 \pm 3,2$  и  $42,5 \pm 2,4$  соответственно. Скорость опорожнения желчного пузыря (СОЖП), была ниже показателей контроля ( $1,02 \pm 0,41\%$ /мин), составив  $0,85 \pm 0,04\%$ /мин, время полувыведения радиофармпрепарата из ЖП (Т S ЖП) и латентное время желчегонного завтрака (ЛВЖЗ) составили  $89,05 \pm 0,50$  мин и  $14,13 \pm 0,15$  минут соответственно (при контроле  $72,25 \pm 12,47$  мин и  $4,85 \pm 0,04$  минут). Факт влияния ЛТ и РТ на СФЖП позволяет утверждать наличие отрицательной корреляции между СОЖП и уровнями ЛТ и РТ ( $r = -0,41$  и  $r = -0,46$ ) и положительной — между Т S ЖП и уровнями ЛТ и РТ ( $r = 0,66$  и  $r = 0,69$ ), между ЛВЖЗ и уровнями ЛТ и РТ ( $r = 0,59$  и  $r = 0,58$ ).

О зависимости изменений биохимического состава желчи от СФЖП дает основание утверждать выявление прямой зависимости между СОЖП и ХХК желчи порций «В» и «С» ( $r = 0,43$  и  $r = 0,45$ ), обратной — между Т S ЖП и ХХК желчи порций «В» и «С» ( $r = -0,68$  и  $r = -0,74$ ), ЛВЖЗ и ХХК желчи порций «В» и «С» ( $r = -0,68$  и  $r = -0,62$ ).

**Выводы:** В формировании литогенной желчи и развитии билиарного сладжа существенна роль психологического статуса и СФЖП. Признание способствующих факторов имеет важное значение в разработке эффективных способов терапии ЖКБ на ранней ее стадии.

## Н.С. Жумамуратова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

N.S. Jumamuratova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## APPRAISAL LEVEL ANXIETY BY PATIENT WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN AMBULATORY-CLINICAL CONDITIONS

**Актуальность.** Синдром диспепсии определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии. Факторы, способствующие развитию синдрома функциональной диспепсии (ФД): гиперсекреция соляной кислоты, алиментарные погрешности, вредные привычки, приём лекарственных препаратов, инфекция *H. pylori*, нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, а также нервно-психические. Выделяют три варианта ФД: язвенноподобный, дискинетический, неспецифический. По частоте встречаемости: язвенноподобный — 69% у мужчин, дискинетический — 60% у женщин.

**Цель работы:** изучение уровня реактивной и личной тревожности среди пациентов с функциональной диспепсией в № 9 семейной поликлиники Мирза Улугбекского района города Ташкента.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 48 пациентов из них 29 мужчины, 19 женщины с жалобами на симптомы функциональной диспепсии (ФД). Все больные были обследованы (эн-

доскопическое исследование желудка, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы). В оценке тревожности у больных использовали тест Спилберга-Ханина. Используемый тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент — реактивной тревожности (РТ) и личной тревожности (ЛТ) как устойчивой характеристики человека.

**Результаты.** Среди пациентов с ФД по результатам проведенного теста, нацеленного на определение уровня реактивной (ситуационной) и личной тревожности были получены следующие результаты: у 44 (91,7%) выявлена — низкая РТ, у 4 (8,3%) — умеренная РТ, у 4 (8,3%) — низкая ЛТ, у 12 (25%) — умеренная ЛТ, у 32 (66,7%) — высокая ЛТ.

**Выводы:** Проведенные исследования показали, что уровень ситуационной тревожности (РТ) у большинства пациентов с функциональной диспепсией низкий. Это свидетельствует о низком уровне напряжения и беспокойства на момент обращения к врачу по поводу диспепсических жалоб. При этом отмечается преобладание высокой и умеренной ЛТ у пациентов с ФД.

**Д.М. Тураева**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## СООТНОШЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**D.M. Turaeva**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### CORRELATION VEGETATIVE STATUS AND INTENSITY PAINS OF ULCEROUS DISEASES

**Цель исследования:** изучить вегетативный статус больных язвенной болезнью и сопоставить с интенсивностью боли.

**Материалы и методы:** обследовано 32 больных ЯБ в стадии эндоскопический верифицированного рецидива (22 мужчин и 10 женщин, медиана возраста 48 лет). Все больные проходили клиническое и эндоскопическое (ЭГДС) обследование. Для определения интенсивности боли проводилось анкетирование испытуемых по визуально-аналоговой шкале. Для исследования вегетативного статуса использовалась таблица А.Д. Соловьевой. Каждый симптом в таблице был оценен с помощью экспертного метода по пятибалльной системе. Производился расчет суммы баллов симпатических и парасимпатических расстройств по всем указанным симптомам. По результатам этой таблицы, в зависимости от вегетативного статуса, больные были поделены на две группы.

**Результаты:** в 1-ю группу с преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы вошло 12 (37,5%) испытуемых. Во 2-ю с преобладанием парасимпатических симптомов — 20 (62,5%) больных. Соотношение интенсивности боли в двух группах было следующее: выраженная интенсивность боли отмечалась у 4 (33,4%) больных в 1-й группе, а во 2-й — 1 (5%;  $p < 0,05$ ), средняя интенсивность болей у 7 (58,3%) в 1-й группе, 14 (70%) испытуемых — во 2-й группе ( $p > 0,05$ ), слабой интенсивности в 1-й группе не было, а во 2-й — 3 (15%;  $p > 0,05$ ) пациента, отсутствие боли в 1-й и 2-й группах отмечалось, соответственно, у 1 (8,3%) и 1 (5%;  $p > 0,05$ ) больного.

**Выводы:** при язвенной болезни чаще преобладает парасимпатический отдел вегетативной нервной системы. Больные с преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы отмечают большую интенсивность боли.

**Н.В. Туник, Л.Д. Фирсова**

Московский клинический научный центр, Москва, Россия

## ОЩУЩЕНИЕ КОМА В ГОРЛЕ — ОДИН ИЗ НОВЫХ СИМПТОМОВ В ПРАКТИКЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

**N.V. Tunic, L.D. Firsova**

Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russia

### GLOBUS SENSATION IN THE THROAT — ONE OF THE NEW SIGNS IN THE PRACTICE OF A GASTROENTEROLOGIST

**Актуальность.** «Ком в горле» (ощущение инородного тела, сжатия или полноты в области шеи) традиционно считается проявлением конверсионного синдрома в рамках эмоциональных нарушений. До последнего времени этот симптом относился к раз-

ряду функциональных, то есть не имеющих органической основы. В настоящее время в литературе широко дискутируется вопрос о возможной принадлежности симптома к проявлениям патологии пищеварительного тракта, в частности нарушению

моторной функции верхних отделов пищевода. Решение этого вопроса имеет огромное практическое значение, так как вносит существенные коррективы в лечение больных.

**Цель исследования** — проанализировать состояние моторной функции пищевода в сопоставлении с нарушениями в эмоциональной сфере у больных с жалобой на ком в горле.

**Материал и методы.** Обследовано 54 больных (32 женщины, 22 мужчины) в период их пребывания на стационарном лечении в МКНЦ. Критерий включения — наличие в комплексе жалоб ощущения кома в горле. Критерий исключения — наличие противопоказаний для проведения зондовых методик. Обследование больных соответствовало требованиям Стандартов; дополнительно заполнялся специально разработанный Опросник клинических проявлений «кома в горле», проводилось психодиагностическое обследование (Опросник для выявления вегетативных нарушений, Госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS) и манометрия пищевода с использованием аппарата «Гастроманограф» (фирма «Исток-Система», Россия).

**Результаты.** К особенностям клинических проявлений кома в горле можно отнести следующее: локализация в верхней половины шеи (76,0% больных), слабая интенсивность ощущения (68,0% больных), эпизодичность появления (70,4% больных) без четкой связи с какими-либо внешними факторами, изменение интенсивности ощущения при глотании (70,4% больных).

Наличие нарушений моторной функции пищевода по клиническим данным (эпизодические болевые ощущения за грудиной или затруднение при прохождении пищи по пищеводу) можно было заподозрить у 25 больных (46,3%). При манометрии пищевода изменение моторики выявлено у 46 больных (85,2%). Из них в подавляющем большинстве случаев нарушения имели характер эзофагоспазма (36 из 46; 78,3%), реже — 10 из 46; 21,7% — неэффективной моторики пищевода.

Оценка вегетативных проявлений подтвердила наличие вегетативной дисфункции у 47 (87,0% больных). Клинические проявления эмоциональных нарушений в той или иной мере присутствовали у всех больных. По данным HADS отмечено преобладание тревоги (36; 66,7% больных) в сравнении с депрессивными проявлениями (11; 20,4% больных).

**Заключение.** При гастроэнтерологическом обследовании больных с комом в горле в подавляющем большинстве случаев выявляются нарушения моторной функции пищевода.

Наиболее характерные изменения, выявляемые при манометрии пищевода, носят характер эзофагоспазма.

Нарушение моторной функции пищевода можно рассматривать в качестве органического субстрата ощущения кома в горле, развивающегося на фоне выраженных вегетативных и эмоциональных нарушений.

**Д.М. Тураева, Г.У. Алимова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**D.M. Turaeva, G.U. Alimova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## EVALUATION LEVEL OF ANXIETY IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND ORGANIC DYSPEPSIA IN PRIMARY CARE

**Цель исследования:** Изучение уровня реактивной и личной тревожности среди пациентов с функциональной (ФД) и органической диспепсией (ОргД) в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы:** На базе семейной поликлиники (СП) № 9 города Ташкента под наблюдением находились 86 пациентов с жалобами на симптомы диспепсии, из них 38 с ОргД, 48 с ФД.

Все больные были обследованы (эндоскопическое исследование желудка с последующим гистологическим изучением биоптатов слизистой оболочки, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы). В оценке тревожности у больных использовали тест Спилберга-Ханина. Используемый тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент — реактивной тревожности (РТ) и личной тревожности (ЛТ) как устойчивой характеристики человека. Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек.

**Результаты:** Среди пациентов с ФД по результатам проведенного теста, нацеленного на определение уровня реактивной (ситуационной) и личной тревожности были получены следующие результаты: у 44 (94,7%) выявлена низкая РТ, у 4 (8,3%) — умеренная РТ, у 4 (8,3%) — низкая ЛТ, у 12 (25%) — умеренная ЛТ, у 32 (66,7%) — высокая ЛТ. Среди пациентов с выявленными органическими причинами диспепсии: у 27 (71%) — низкая РТ, у 8 (24%) — умеренная РТ, у 3 (7%) — высокая РТ, у 3 (7%) — низкая ЛТ, у 12 (31%) — умеренная ЛТ, у 25 (65%) — высокая ЛТ. В группе здоровых лиц: у 11 (55%) низкая РТ, у 8 (40%) — умеренная РТ, у 1 (5%) — высокая РТ, у 4 (20%) низкая ЛТ, у 13 (65%) — умеренная, 3 (15%) — высокая ЛТ.

**Выводы:** Проведенные исследования показали, что уровень ситуационной тревожности (РТ) у большинства пациентов с диспепсией низкий. Причем в группе с ФД, в сравнении с ОргД, он ниже. Это свидетельствует о низком уровне напряжения и беспокойства на момент обращения к врачу по поводу диспепсических жалоб. При этом отмечается преобладание высокой и умеренной ЛТ в группах как с ОргД, так и с ФД.

## Д.М. Тураева

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

# КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

D.M. Turaeva

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## CLINICAL SPECIFICS COURSE AND INTERCONNECTION WITH PSYCHOEMOTIONAL-PERSONALITY SPHERES BY PATIENT WITH ULCEROUS ILLNESS

**Цель исследования.** Выявить клинические особенности заболевания в зависимости от тяжести остроты язвенного процесса и взаимосвязи с эмоционально-личностной, психологической сферой.

**Материалы и методы.** Обследовано 93 больных (женщин — 26, мужчин — 67) на базе семейной поликлиники № 9 Мирза Улутбекского района города Ташкента. Психосоциально-личностная сфера больных исследовалась с помощью теста СМОЛ, теста ЛОБИ (ТОБ, шкалы Ю.А. Александровского).

**Результаты.** Суммарный показатель выраженности болевого синдрома в зависимости от острого процесса колебался от 8 до 17 баллов, сопровождаясь тревожно-фобическим состоянием, проявляясь «невротическим» типом профиля СМОЛ, в пределах 45-67 Т-баллов как по клиническим, так и по оценочным

шкалам. Выявлен неоднородный тип личностного реагирования на болезнь: у 55% обнаружен тревожный тип отношения к болезни; ипохондрический — 43,7%; неврастенический — 22,3%; меланхолический — 12,5%. В группе лиц с более тяжелым течением язвенной болезни наиболее характерным был эргонатический тип — 42,7%, тревожный — 29,7%, ипохондрический — 27,6%.

У 81 пациента имело место нарушения сна: преобладали пресомнические нарушения в виде трудности засыпания (56,1%), интрасомнические расстройства выявлены у 36 лиц (37,1%).

**Вывод:** необходимо учитывать особенности психологического статуса больных язвенной болезнью при лечении, реабилитации и профилактике больных данного профиля.



# СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

**Е.Н. Анисимова, Е.А. Ерилин**

Кафедра обезболивания в стоматологии,  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова,  
Москва, Россия

## ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

**E.N. Anisimova, E.A. Erilin**

Department of anesthesia in dentistry,  
Moscow State University of Dentistry and Medicine named after A.I.Evdokimov,  
Moscow, Russia

## THE ESTIMATION OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF THE PATIENTS IN THE OUTPATIENT DENTAL DEPARTMENT

**Актуальность:** индивидуальный план лечения и особенности взаимодействия с пациентом должны быть определены в зависимости от эмоционального состояния больного. С целью определения психоэмоциональных отклонений больных используются различные шкалы и опросники, которые обладают определёнными достоинствами и недостатками.

**Цель исследования:** определение возможных психоэмоциональных нарушений путём оценки психоэмоционального статуса пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма.

**Материалы и методы:** шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, опросник для выявления симптомов депрессии Prime MD, госпитальная шкала депрессии и тревоги HADS, шкалы Занга для самооценки тревоги и депрессии, шкала депрессии Бека, шкала Гамильтона для самооценки депрессии, симптоматический опросник SCL-90-R, шкала клиническая стоматологическая ШКС, диагностика «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной (ПСАФ) дезадаптации».

**Результаты:** шкала Спилбергера-Ханина позволяет измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией, требует использования специальных бланков, подсчёта результатов по специальным формулам. Опросник Prime MD позволяет определить

симптомы депрессии. Шкала HADS позволяет провести скрининг тревоги и депрессии, определить тяжесть расстройства, необходимо использование специальных бланков, но так же есть возможность использования электронной версии для устройств системы Android. Шкалы Занга для самооценки тревоги и депрессии позволяют определить наличие и тяжесть расстройства, необходим предварительный инструктаж больного, специальные бланки. Шкала Бека и шкала Гамильтона обладают высокой чувствительностью и специфичностью, позволяют определить наличие и тяжесть депрессии, необходим предварительный инструктаж больного, специальные бланки. Симптоматический опросник SCL-90-R позволяет определить паттерны психологических признаков у пациентов, необходим предварительный инструктаж больного, специальные бланки. Шкала клиническая стоматологическая ШКС позволяет определить преобладающий тип психоэмоциональной реакции пациента на предстоящее вмешательство путём составления специальных графиков.

Синдром ПСАФ дезадаптации позволяет составить план лечения в зависимости от преобладающего кластера заболевания, необходимо использование специальных бланков, инструктаж больного по распределению жалоб в соответствии с кластерами заболевания.

**Заключение.** Согласно нормативу приёма стоматологического пациента, на больного выделяется

не более 20 минут, в течение которых необходимо провести опрос, оценить общесоматический статус, провести осмотр, поставить диагноз и оказать помощь. Проведение диагностики психоэмоциональных отклонений вышеперечисленными методами занимает достаточное количество времени, которое может быть потрачено на оказание стома-

тологической помощи. Таким образом, возникает необходимость в разработке устных вопросов для интервьюирования пациентов, которые помогут врачу-стоматологу получить необходимую информацию о психоэмоциональном состоянии больных, что позволит определить тактику взаимодействия с пациентом.

## Е.Н. Анисимова, Е.А. Ерилин

Кафедра обезболивания в стоматологии,  
Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова,  
Москва, Россия

# СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЁМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

## E.N. Anisimova, E.A. Erilin

Department of anesthesia in dentistry,  
Moscow State University of Dentistry and Medicine named after A.I.Evdokimov,  
Moscow, Russia

# DENTAL APPOINTMENT FOR PATIENTS WITH PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS

**Актуальность:** на стоматологическом приёме у пациентов наблюдаются психоэмоциональные нарушения, которые могут быть обусловлены боязнью предстоящего лечения (страх, тревожность, раздражительность) или психической патологией. По данным НЦПЗ РАМН, в Российской Федерации насчитывается порядка 30 млн. человек с психическими заболеваниями, не обращающиеся в медицинские учреждения для получения психиатрической помощи. Пациенты с психической патологией, наблюдающиеся в психиатрических учреждениях, получают стоматологическую помощь в стоматологических кабинетах при этих учреждениях, а также в стационарах многопрофильных больниц. Но эти же пациенты могут обратиться и в обычную стоматологическую клинику.

Психоэмоциональные нарушения на стоматологическом приёме могут приводить, с одной стороны, к возникновению неотложных состояний [Е.Фассо, 2014], а с другой — к возникновению конфликтных ситуаций [Максимовский Ю.М., Ларенцова Л.И., 2009].

**Цель исследования:** определить частоту встречаемости пациентов с проблемами в сфере психического здоровья на амбулаторном стоматологическом приёме.

**Материалы и методы:** анкетирование 820 врачей-стоматологов различных регионов РФ о выявлении пациентов с проблемами в сфере психического здоровья на амбулаторном стоматологическом приёме.

**Результаты:** 15% респондентов указали, что встречаются 1-го пациента с проблемами в сфере психического здоровья в день, 34% — 1-го пациента в неделю, 27% — 1-го пациента в месяц, 12% — 1-го пациента в квартал, 12% — 1-го пациента в год. 83% респондентов отметили, что у них не возникает трудностей в диагностике проблем в сфере психического здоровья у пациентов. 46% опрошенных врачей указали, что проводят лечение пациентам с проблемами в сфере психического здоровья, 17% отказывают в лечении, 12% отправляют для лечения к другим врачам-стоматологам, 29% отправляют на консультацию к врачу-психиатру, 9% удовлетворяют неадекватные требования пациентов.

**Заключение.** На амбулаторном стоматологическом приеме часто встречаются пациенты с проблемами в сфере психического здоровья, врачи сталкиваются с проблемами взаимодействия с данной категорией пациентов.

**Т.З. Чкадуа, М.В. Качмазова, Ю.А. Лашинина**

ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России, Москва, Россия  
ГБУЗ «ГП № 195 ДЗМ», Москва, Россия

**ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ****T.Z. Chkadua, M.V. Kachmazova, Ju.A. Lashhinina**

Central Research Institute of Dental and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russia

**THE DIAGNOSTICS OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS  
WITH VARIOUS ETIOLOGY MAXILLOFACIAL DEFECTS  
AND DEFORMITIES**

Данное исследование включает в себя алгоритм проведения двухуровневой системы диагностики психических расстройств у пациентов, поступающих для оперативного лечения в отделение реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии и эктопротезирования ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России.

Первый уровень диагностики в качестве скрининг-метода включает в себя две тестовые методики САН и КОДВИОНС. Тест САН предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Опросник невротизации КОДВИОНС дает возможность качественного анализа невротических проявлений, позволяет выявить основные синдромы невротических состояний. Опросник состоит из 68 вопросов и включает в себя шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения.

Алгоритм действий на первом уровне. В день поступления в стационар пациенты вносят ответы в разработанный в отделении реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии и эктопротезирования ФГБУ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России бланк на два теста (САН и КОДВИОНС) после объяснений лечащего врача. Заполненный бланк с результатами сдается на сестринский пост, где данные обрабатываются на компьютере и передаются лечащему врачу. Если исследуемые показатели находятся значительно выше референтных значений, пациент переходит на второй уровень диагностики.

Второй уровень включает в себя тестовую методику СМИА, которая дает возможность рассмотреть пациента в разных проекциях: с позиции его личностных качеств, его стиля общения, мотивационной направленности, особенностей эмоционального реагирования, самооценку. Также СМИА позволяет

выявить тип реагирования в стрессовой ситуации, ведущие защитные механизмы личности, уровень социально-психологической адаптации, суицидальный риск и другие патологические характеристики личности. Всего методика включает 10 основных, три контрольные шкалы. Опросник СМИА состоит из 566 утверждений, на которые испытуемому предлагается ответить «да» или «нет», на что требуется порядка одного часа.

Алгоритм действий на втором уровне. Все тестовые методики заполняются на бумажном бланке, а затем результаты обрабатываются на компьютере медицинский персонал. Таким образом, в течение первых суток, после поступления в стационар лечащий врач имеет представление о структуре личности пациента, что ускоряет достижение комплаенса и определяет тактику ведения послеоперационного периода с учетом индивидуальных особенностей пациента. Полученные данные позволяют выявить скрытые признаки психических расстройств на ранних этапах. Наличие, степень выраженности, ведущий синдром, сочетание одного или нескольких психопатологических синдромов, выявленных у пациента на первом и втором этапе диагностических мероприятий, позволяет хирургу переводить пациента на третий уровень диагностики.

Третий уровень диагностики осуществляется с привлечением специалистов (психотерапевтов, психиатров) на дополнительные консультации во время пребывания пациента в стационаре. На этом же уровне начинается консультативно-лечебный процесс. Данная система диагностики позволяет своевременно выявлять имеющиеся у пациента расстройства, привлекать к вопросам лечения необходимых специалистов и составлять рекомендации при выписке, направленные не только на улучшение функционального и эстетического, но и психологического состояния пациента.

**А.Ю. Дробышев<sup>1</sup>, Н.С. Дробышева<sup>3</sup>, В.И. Фролова<sup>2</sup>,  
Ю.С. Фофанова<sup>2</sup>, И.В. Чантырь<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> — Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

<sup>3</sup> — Кафедра ортодонтии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

## **ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ АНОМАЛИЯМИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**A.Y. Drobyshev<sup>1</sup>, N.S. Drobysheva<sup>3</sup>, V.I. Frolova<sup>2</sup>, Y.S. Fofanova<sup>2</sup>, I.V.Chantyr<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> — Department of Maxillofacial and Plastic Surgery «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic diseases Medical Institute of «Peoples Friendship University of Russia», Moscow, Russia

<sup>3</sup> — Department of Orthodontics «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I.Evdokimov», Moscow, Russia

## **PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN ADULT PATIENTS WITH DENTOMAXILLO-FACIAL ABNORMALITIES BEFORE AND AFTER SURGERY**

**Актуальность.** Различные зубочелюстно-лицевые аномалии (далее — ЗЧЛА) широко распространены в популяции и среди всех стоматологических заболеваний занимают одно из ведущих мест по обращаемости. У пациентов с ЗЧЛА часто наблюдаются не только функционально-эстетические нарушения челюстно-лицевой области, но и снижение социальной адаптации, что может быть обусловлено тревожными и аффективными расстройствами.

**Цель исследования:** психометрическая оценка уровней тревоги и депрессии у взрослых пациентов с ЗЧЛА до и после проведения хирургического этапа комбинированного (ортодонтического и хирургического) лечения.

**Материал и методы.** 41 пациент с ЗЧЛА в возрасте от 18 до 39 лет, проходившие обследование и ортогнатическое лечение на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ с января 2014 по октябрь 2015 года. Для оценки уровней тревоги и депрессии были использованы психометрические шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник реактивной и личностной тревоги Спилберга-Ханина.

**Результаты.** До проведения хирургического этапа лечения клинически значимое повышение уров-

ня тревоги было выявлено у 17,3% пациентов, депрессии — у 8,1% пациентов; высокие показатели реактивной и личностной тревожности были зарегистрированы у 34,9% и 32,4% пациентов соответственно. Через 3 недели после хирургического лечения статистически значимых отличий результатов психометрического обследования от результатов, полученных до операции, зарегистрировано не было: высокий уровень тревоги — у 15,7% ( $p < 0,001$ ), депрессии — у 7,3% пациентов ( $p < 0,001$ ); высокие показатели реактивной и личностной тревожности — у 35,7% ( $p < 0,001$ ) и 31,5% ( $p < 0,005$ ) пациентов соответственно.

**Выводы.** На основании проведенного психометрического обследования можно предполагать, что высокие уровни тревоги и депрессии у пациентов с ЗЧЛА, обращающихся за ортогнатическим лечением, не всегда обусловлены непосредственно хирургическим вмешательством, и могут быть проявлением сопутствующей психической патологии.

Использование субъективных психометрических шкал для определения уровней тревоги и депрессии при планировании лечения пациентов с ЗЧЛА позволяет выявить пациентов, нуждающихся в дальнейшем клинко-психопатологическом обследовании.

**В.Э.Медведев<sup>1</sup>, В.И.Фролова<sup>1</sup>, А.Ю.Дробышев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ****V.E. Medvedev<sup>1</sup>, V.I. Frolova<sup>1</sup>, A.Y. Drobyshev<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

**MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL TRAUMA**

**Актуальность.** Профилактика повреждений челюстно-лицевой области (ЧЛО), их осложнений и последствий является одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем, что определяется постоянным ростом уровня травматизма и увеличением тяжести челюстно-лицевых травм и сочетанных повреждений. Серьезность проблемы обусловлена и значительной долей психопатологических расстройств, выявляемых у данного контингента больных и способствующих росту послеоперационных осложнений, неудовлетворенности результатами лечения и повторных травм.

**Цель** исследования — установление спектра и роли патохарактерологических и психопатологических расстройств у пациентов с острой посттравматической деформацией лица.

**Материалы и методы.** В исследование включались пациенты обоего пола от 18 до 65 лет, проходившие стационарное лечение по поводу полученных в течение последних 2-14 дней бытовых травм ЧЛО. Все пациенты были обследованы клинически, рентгенологически, лабораторно. Проводились психометрическое (The Zung self-rating depression scale, HCL-32-R4, YMRS, опросник «Устойчивых форм Я-внимания», шкала Холмса-Рея) обследования больных (n=130) и клиничко-психопатологическое обследование. Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 13.0.

**Результаты.** Выборку составили 105 мужчин и 25 женщин. Средний возраст — 30,9±1,7 лет. Получение травмы ЧЛО коррелировало с низким образовательным уровнем, неквалифицированным характером труда и наличием неустойчивых, беспорядочных межличностных отношений. Преобладающим видом травмы являлись переломы

костей лицевого черепа, полученные в результате межличностных конфликтов (85,7% мужчин и 52% женщин). Также у мужчин диагностировались огнестрельные раны (3 набл.), у женщин — ушибы (2 из 3 набл.), резаные (2 из 3 набл.) и укушенные (3 набл.) раны лица. Ведущее место среди причин травм ЧЛО занимают: бытовая (83%), транспортная (12%), производственная (4,5%) и спортивная (0,5%).

У 33,8% пациентов установлен высокий уровень «персонального Я-внимания», у 40% выявлены высокие показатели потребности в «общественном внимании». Низкой стрессоустойчивостью (средний балл — 262,32±17,4) характеризовались 49,2% пациентов. Средний балл показателя выраженности депрессии составлял 31,08±7,44, тревоги — 31,79±9,31. У 16,2% индекс тревоги по самоопроснику Цунга достигал клинически значимых значений. У 4,6% по шкале оценки мании Янга и у 7,7% — по опроснику жизненного тонуса, активности и настроения регистрировались показатели, свидетельствующие о наличии симптомов гипо/маниакального состояния.

При клиничко-психопатологическом обследовании выявлены гетерогенные психические расстройства: расстройства личности (РЛ: эмоционально-неустойчивое (29%), истерическое/нарциссическое (25,8%), диссоциальное (16,1%)) и заболевания эндогенного круга (вялотекущая шизофрения и биполярное аффективное расстройство (БАР)). В статусе 32,3% пациентов диагностировано депрессивное, в 6,5% набл. — маниакальное состояние.

Катамнестические данные свидетельствуют об отсутствии значимого влияния перенесенной травмы ЧЛО на динамику патохарактерологических



и психопатологических расстройств у данной категории больных.

**Заключение.** На основе полученных результатов представляется возможным разработать практические рекомендации по внедрению методов купирова-

ющей и профилактической психофармакотерапии и психотерапии, а также дифференцировать методы хирургического лечения и реабилитационных мероприятий в аспекте низкой приверженности терапии и высокой вероятности повторной травматизации.

**Ю.С. Фофанова<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>1</sup>, А.Ю. Дробышев<sup>2</sup>,  
В.И. Фролова<sup>1</sup>, О.О. Просычева<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АТИПИЧНОЙ ОДОНТАЛГИЕЙ

**Y.S. Fofanova<sup>1</sup>, V.E. Medvedev<sup>1</sup>, A.Y. Drobyshev<sup>2</sup>,  
V.I. Frolova<sup>1</sup>, O.O. Prosyicheva<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic diseases Medical Institute of «Peoples Friendship University of Russia», Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Department of Maxillofacial and Plastic Surgery «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov», Moscow, Russia

## PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ATYPICAL ODONTALGIA

**Актуальность.** У пациентов, обращающихся за помощью к стоматологам в связи с зубной болью, нередко (до 6% случаев) диагностируют атипичную одонталгию, представляющую собой болевой феномен, органических причин которого не удается установить. Психопатологическая квалификация данного расстройства практически не проводилась.

**Целью** пилотного исследования являлось выявление психопатологических симптомов у пациентов с атипичной одонталгией.

**Материалы и методы.** В исследовании применялся психометрический метод с использованием валидизированных шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала тревоги Спилберга-Ханина, индекс ипохондрии Уайтли, BPI и ВАШ для оценки выраженности боли.

**Результаты.** Обследовано 28 пациентов: 22 женщины (78,6%) и 6 мужчин (21,4%) в возрасте 18–70 лет (средний возраст  $47,8 \pm 14,6$  года). Выраженность боли в среднем была умеренной:  $5,9 \pm 1,2$  бал-

лов по ВАШ и  $6,1 \pm 1,8$  баллов согласно опроснику BPI (BPImax). Влияние боли на общую активность  $5,8 \pm 1,7$ , на настроение —  $6,9 \pm 1,2$  баллов. Повышенные уровни депрессии и тревоги (более 7 баллов) по шкале HADS были выявлены у 53,6% (15 чел.) и 71,4% (20 чел.) соответственно. Высокие показатели реактивной и личностной тревожности (46 баллов и более) по шкале Спилберга-Ханина обнаруживались у 82,1% (23 чел.) и 64,3% (18 чел.). У 75% пациентов (21 чел.) выявлены симптомы ипохондрии по опроснику Уайтли (32 балла и более).

**Выводы.** Учитывая выявленную при анкетировании пациентов с атипичной одонталгией большую распространенность тревоги, аффективных нарушений, ипохондрии и высокой личностной и реактивной тревожности, рекомендовано обследование пациентов с атипичной одонталгией психиатром для определения необходимости проведения психотропной терапии. Целесообразно дальнейшее изучение феномена атипичной одонталгии с привлечением клинко-психопатологического метода.

Ю.С. Фофанова<sup>1</sup>, В.И. Фролова<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>1</sup>,  
А.Ю. Дробышев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ, Москва, Россия

## ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ

V.E. Medvedev<sup>1</sup>, V.I. Frolova<sup>1</sup>, Y.S. Fofanova<sup>1</sup>, A.Y. Drobyshev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic pathology Medical Institute of «Peoples Friendship University of Russian», Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Department of Maxillofacial Surgery «Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov» Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

## PATHOLOGICAL BODILY SENSATIONS IN THE MAXILLOFACIAL REGION IN PATIENTS OF STOMATOLOGISTS AND MAXILLOFACIAL SURGEONS

**Актуальность.** Стоматологи и челюстно-лицевые хирурги нередко сталкиваются с проблемой необъяснимых с точки зрения соматической патологии неприятных ощущений в лице и полости рта у обращающихся к ним пациентов. В большинстве случаев (до 90%) при психиатрическом обследовании у таких пациентов диагностируют психические расстройства различного регистра, в рамках которых реализуются патологические телесные сенсации (ПТС). В то же время психопатологическая квалификация ПТС в челюстно-лицевой области практически не проводилась.

**Целью** исследования являлось систематизация и психопатологическая квалификация ПТС челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациенты с ПТС, обследованные в МГМСУ с октября 2014г. по декабрь 2015г. Критерии исключения — тяжелая соматическая патология, алкогольная и наркотическая зависимости.

В исследовании применялись клиничко-психопатологический и психометрический методы с использованием валидизированных шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Спилберга-Ханина, индекс ипохондрии Уайтли, ВРІ и ВАШ для оценки выраженности боли, шкала катастрофизации боли.

**Результаты.** Обследовано 36 пациентов с ПТС в челюстно-лицевой области: 32 женщины (88,9%) и 4 мужчины (11,1%) в возрасте 18-70 лет (средний возраст 41,25±15,0 года). У 12 (33,3%) пациентов с ПТС выявлены идиопатические алгии, у 10 (27,8%) — сенестопатии, у 9 (25%) — конверсии (психалгии), у 5 (13,9%) — телесные иллюзии. Психометрически наиболее высокие уровни тревоги и депрессии определялись у пациентов с идиопатическими алгиями и сенестопатиями: 9,67±4,0 и 9,44±3,47 баллов соответственно по подшкале тревоги HADS, 7,62±3,46 и 7,22±3,93 баллов соответственно по подшкале депрессии HADS, 12,91±4,6 и 12,0±2,88 баллов соответственно по шкале депрессии Гамильтона. Максимальные показатели реактивной и личностной тревожности, а также индекса ипохондрии выявлены у пациентов с сенестопатиями: 49,56±10,26, 50,56±14,29 и 38,44±9,51 баллов соответственно. Наиболее субъективно тягостными для пациентов также являлись сенестопатии — их выраженность по шкалам ВАШ и ВРІ в среднем составляла 5,33±2,28 и 5,44±2,35 баллов соответственно, кроме того в этой же группе ПТС был наиболее высокий показатель катастрофизации боли (27,67±13,66).

**Заключение.** Среди ПТС в челюстно-лицевой области наиболее часто встречаются идиопатические алгии и сенестопатии. Учитывая данные психометрического анализа, можно предполагать, что эти группы ПТС ассоциированы с большей тяжестью психической патологии.

**Е.В. Герасимчук, М.Ю. Герасимчук**

Филиал № 6 ФГБУ 3 ЦВКГ имени А.А.Вишневого,  
ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова,  
Москва, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ДЕРМАТОЗОВ И МИКОЗОВ

**E.V. Gerasimchuk, M.Y. Gerasimchuk**

A. Vishnevsky 3 Central military hospital of Russian Ministry of defense,  
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,  
Moscow, Russia

## DERMATOSES AND FUNGAL INFECTIONS: PARALLELS IN PSYCHOSOMATIC MEDICINE

**Цель исследования:** установить причинно-следственную связь, роль вегетативных расстройств и психического компонента в развитии заболеваний кожи и ее придатков.

**Материалы и методы:** 57 больных мужского пола от 38 до 90 лет (средний возраст  $75,4 \pm 4,8$  года). У всех больных верифицирован диагноз дерматомикоза с клинически измененными от 2 до 10 ногтевыми пластинками стоп и кистей, с индексом КИОТОС от 16 до 30 баллов; наблюдалось сочетание дерматомикоза с интеркуррентными зудящими дерматозами (контактный и себорейный дерматит, варикозная и дисгидротическая экзема, атопический дерматит); соматический фон был отягощен органическими заболеваниями с триггерным психологическим компонентом (эссенциальная гипертоническая болезнь, язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка, кишечника (болезнь Крона), спастический колит). В целях определения соматического и психического состояния была проведена психопатологическая и психометрическая оценка с применением шкал оценки тревоги и депрессии HADS. Для определения темперамента и индивидуальных черт характера, соматогнозии — личностный тест-опросник Г.Ю.Айзенка.

**Результаты:** После подсчета индекса искренности (И) из 57 больных только у 27 (47,4%) величина индекса не превышала 4 баллов. По темпераменту и психофизиологической конституции распределение было следующим: меланхолики — 8 человек, холерики — 2, сангвиник — 1, флегматики — 10; сочетание меланхолика и холерика — 3, флегматика и сангвиника — 1, меланхолика и флегматика — 1, никакой определенной тип не был выражен у 1 больного. При этом темпераменту сангвиника

соответствовала экстраверсия и эмоциональная устойчивость, холерика — экстраверсия и невротизм, флегматика — интроверсия и эмоциональная устойчивость, меланхолика — интроверсия и невротизм. В целом, показатель по шкале экстраверсия-интроверсия составила 7 баллов, что соответствует низкому уровню экстраверсии, высокому уровню интроверсии, низкому уровню социальной адаптации, гиперсоматогнозии; показатель по шкале невротизм-стабильность — 15, что свидетельствует о состоянии эмоциональной неустойчивости, тревожности, ипохондрии. Все микологические больные принимали психотропные препараты, среднее количество на одного человека, с учетом коэффициента Стьюдента — 1,75. Наблюдалось следующее распределение психотропных средств, в зависимости от сырья: препараты только растительного происхождения (фитопрепараты) (65%); полученные путем химического синтеза (22%); из натурального сырья (растительного, минерального и животного) (гомотоксикологические) — (13%). По данным HADS индивидуальные показатели тревоги — от 0 до 18 баллов, депрессии — от 1 до 19 баллов, что достоверно соответствует клинически выраженным симптомам у конкретных больных; в среднем, показатель тревоги — 9, депрессии — 9, что говорит о субклинически выраженных тревоге/депрессии.

**Заключение:** при составлении протоколов ведения и лечения больных с дерматозами и микозами необходимо учитывать психосоматические параллели, то есть персеверацию и хронизацию дисбаланса симпатических (гипертоническая болезнь) и парасимпатических (язвенные поражения слизистой пищеварительного тракта) физиологических коррелятов вегетативной нервной системы.

**В.И. Фролова**

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского факультета РУДН, Москва, Россия

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ (ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД И ОГРАНИЧЕННАЯ ИПОХОНДРИЯ)

**V.I. Frolova**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic pathology Medical Institute of «Peoples Friendship University of Russian», Moscow, Russia

## PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISM OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN DERMATOLOGY (DELUSIONAL PARASITOSIS AND CIRCUMSCRIPTA HYPOCHONDRIA)

Высокая распространенность, а также негативное влияние психических расстройств на качество жизни пациентов и течение дерматологического заболевания определяют актуальность изучения психопатологических симптомокомплексов у пациентов дерматологов.

Одними из наиболее сложных в диагностическом аспекте остаются психические расстройства, сопровождающиеся самоповреждающим поведением. Полиморфизм клинических проявлений самодеструктивных дерматозов, маскирование ими психической патологии приводит к значительному числу ошибок в их диагностике, значимой социальной дезадаптации, ухудшению качества жизни.

Тяжёлым проявлением телесно ориентированного аутоагрессивного поведения является ограниченная (circumscripta) ипохондрия — локальные интенсивные боли, проецирующиеся на ограниченное пространство кожного покрова и сопровождающиеся самодеструктивным поведением, направленным на удаление источника боли. Клиническую картину ограниченной ипохондрии на начальном этапе определяют идиопатические алгии — интенсивные, стойкие, локальные боли. Длительность приступов болей варьирует от нескольких часов до нескольких дней. Постепенно идиопатические алгии приобретают свойства овладевающих ощущений. Овладевающие ощущения характеризуются аффективной заряженностью, превалируют в сознании пациента, определяя содержание его мыслей и поведение. На последнем этапе формируется синдром одержимости болями — участок тела или орган, выступающий «источником» болей, определяется как чужеродное организму образование, основной задачей пациентов является элиминация беспокоящего участка — появляется стремление к повторным оперативным вмешательствам. Для доказательства необходимости

операции пациенты приносят на прием в специальных емкостях самостоятельно извлеченные из раны «патологически измененные ткани». После проведенной операции они самостоятельно и преждевременно снимают швы, извлекают «незамеченные» хирургами «частицы». Не удовлетворяясь результатами медицинских процедур, пациенты продолжают расковыривать кожу ногтями, а также при помощи специальных инструментов — иглодок, ножниц, пинцетов, ножей, прижигают её концентрированными растворами дезинфицирующих средств.

Другим тяжелым психопатологическим расстройством, протекающим с аутодеструктивным поведением, является дерматозойный/зоопатический бред — убежденность в наличии паразитарной инвазии при отсутствии каких-либо объективных признаков заражения. Манифестация зоопатического бреда происходит аутохтонно или в связи с психогенной провокацией. Для случаев аутохтонной манифестации ДБ характерна быстрая (в течение нескольких месяцев) систематизация бреда, хроническое течение при отсутствии тенденции к обратному развитию. Бредовая система характеризуется разработанностью, высоким уровнем систематизации, обнаруживает тенденцию к расширению, генерализации за счет присоединения убежденности в распространении паразитов на внутренние органы, влиянии на функции организма. Описательные характеристики патологических телесных ощущений характеризуются образностью, яркостью. Усложнение психопатологических проявлений происходит и за счет присоединения бредовых идей иного содержания, чаще всего представленных сенситивными идеями отношения. Патологическое поведение, завершающее формирование бредовой системы, отличается вычурностью. Собственные способы «вытравливания» паразитов из организма носят черты аутоагрессии, что приводит к нарушению целостно-

сти кожных покровов. Характерны явления транзитивизма.

Терапия искусственных дерматозов представляет собой сложную задачу. Оказание помощи этой кате-

гории пациентов может проводиться дерматологом при регулярной консультативной помощи психиатра, однако в случаях тяжелых форм самодеструкции показана терапия в условиях психиатрического стационара.

**Е.Е. Жильцова, Н.П. Ермошина**

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АКНЕ

**E.E. Zhiltsova, N.P. Ermoshina**

Ryazan state Medical University, Ryazan, Russia

## PSYCHOSOMATIC ASPECTS QUALITY LIFE IN PATIENTS WITH ACNE

**Актуальность.** Акне — хроническое заболевание, наиболее широко распространенное в возрастной группе от 14 до 20 лет, когда в значительной степени изменяется психоэмоциональная сфера подростка, его самооценка, само восприятие в коллективе. В связи с этим большая часть пациентов предъявляет жалобы не только на косметические дефекты кожи, но и на психоэмоциональные переживания, которые выражаются в неуверенности в себе, чувстве собственной неполноценности, раздражительности, замкнутости, и нередко приводят к депрессивному состоянию. Также в последние годы появились работы, доказывающие роль в патогенезе акне нейروпептидов, в частности субстанции Р, которая влияет на деление и дифференцировку себоцитов и приводит к развитию фолликулярного гиперкератоза. Все вышеперечисленное позволило отнести акне к психоэмоциональным дерматозам, снижающим качество жизни больных.

**Цель исследования** — оценка психолого-характерологического состояния больных акне.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 60 больных акне (36 женщин и 24 мужчин) с различной степенью тяжести заболевания. Все пациенты предъявляли жалобы не только на косметические дефекты кожи, но и на психоэмоциональные переживания.

Исследование проводилось с использованием специального опросника Acne-specific Quality of Life Questionnaire (Acne-QoL) предназначенного для изучения показателей качества жизни у пациентов с акне с локализацией высыпаний на коже лица.

**Результаты.** Установлено выраженное нарушение качества жизни (КЖ) у 54 (90%) пациентов. Из них у 49 (90,7%) диагностирована средняя и тяжелая степени тяжести акне, у оставшихся 5 (9,3%) человек легкая (комедональная) распространенная форма заболевания.

Нами выявлены наиболее часто встречающиеся изменения психической сферы, приводящие к нарушению КЖ.

У больных преобладало (85,2%) чувство беспокойства (тревожности), несколько реже встречалась (77,8%) — неуверенность в себе, повышенная раздражительность и замкнутость встречались в 33,3% и 42,6% случаев соответственно, у единичных пациентов (5,6%) отмечались признаки состояния депрессии и нарушения сна.

**Заключение.** Акне вызывают тяжелые эмоциональные расстройства, значительно снижают активность пациентов в общественной жизни, могут приводить к психологическим изменениям личности в виде снижения самооценки, социальной замкнутости, стеснительности и депрессии, социальной дезадаптации.

Данные личностные нарушения требуют ведения таких больных с обязательным консультированием психотерапевта. Существующие современные средства лечения акне позволяют устранить не только косметические дефекты, но и психопатологические расстройства, которые ими обусловлены.

Важным является выработка приверженности к назначению высокоэффективных средств у врачей и приверженности использования этих препаратов у пациентов с целью снижения вероятности развития психопатологических процессов.



**К.А. Лыткина<sup>1</sup>, Р.Р. Зянгилов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

<sup>2</sup> — ГБУЗ «ГП № 195», Москва, Россия

## ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

**K.A. Lytkina, R.R. Zyngirov**

<sup>1</sup> — GBUZ «GKB № 4 DZM», Moscow, Russia

<sup>2</sup> — GBUZ «GP № 195», Moscow, Russia

## PSORIATIC ARTHRITIS AS A PSYCHOSOMATIC DISEASE

Психосоматические заболевания — группа болезненных состояний, для которых установлено взаимодействие психических и физиологических факторов. К таковым и относятся псориаз (Пс) и псориатическая артропатия (ПсА).

ПсА — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов, которое наблюдается у больных псориазом. ПсА выявляют у 6,25% — 42% больных псориазом. По данным популяционных исследований, в различных странах заболеваемость ПсА составляет 3-8/100 000, распространенность — 0,05 — 1,2%. ПсА может развиваться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто. Корреляция между тяжестью псориатического поражения кожи и артрита может отсутствовать, однако в когортных наблюдениях отмечена высокая частота случаев артрита у больных с распространенным псориазом.

Как ПсА, так и кожный Пс — гетерогенные и потенциально тяжелые заболевания, которые нуждаются в мультидисциплинарном подходе в терапии.

О.Л. Иванов и соавторы описывают следующие психические расстройства у больных с Пс — расстройства тревожно-депрессивного и аффективного характера различной выраженности;  $\frac{1}{4}$  больных испытывают лишь небольшой психологический дискомфорт; примерно  $\frac{1}{3}$  больных вообще не отмечают каких-либо психологических проблем.

ПсА также связан с высоким уровнем тревоги и депрессии, что приводит к снижению качества жизни, связанного со здоровьем. Пациенты с Пс и ПсА также имеют высокий уровень алекситимии, неспособности признать или обсудить чувства или эмоциональные состояния.

А.Б. Рахматов и Р.Г. Школьник изучали пациентов с Пс и выявили у них неврологические расстройства различной степени выраженности: раздражитель-

ность, мнительность, нарушения сна. Авторы указывают, что при стабилизации основного процесса (с ежегодными обострениями кожного процесса с вовлечением новых участков кожи) у больных, чаще, чем при другом течении (нерегулярные обострения, длительные ремиссии), встречаются ипохондрические и истерические состояния, а также усиление конфликтности.

Новицкая Н.Н. выявила, что у больных ПсА и Пс в 54,7% наблюдается алекситимия, а в 89% — склонность к тревоге и депрессии.

Алекситимия как термин впервые был описан в работах Сифнеоса в 1968 году, где он указывал трудности подбора слов для выражения своих чувств у пациентов. Алекситимия в буквальном смысле означает отсутствие слов для описания чувств.

У детей с псориазом особенно тяжелыми являются психические нарушения. Эти дети не уверены в себе, подвержены сменам настроения, имеют сложности в отношениях с родителями и при контактах с окружающими.

Таким образом, в основе возникновения и развития Пс и ПсА лежит явный психоэмоциональный компонент. Косметический дефект, хроническое течение, стойкий болевой синдром формируют в общей клинической картине псориаза выраженные психические расстройства, влияющие на качество жизни больного.

Знания врача о психологических особенностях и переживаниях пациентов, а также использование методов психотерапии и применение медикаментозной коррекции, а именно антидепрессантов или анксиолитиков, может повысить качество жизни у таких больных, помочь пациентам осознать ценность собственной личности, научить его принимать себя таким, как есть, со своим заболеванием и в итоге повысить эффективность лечения.

**В.А. Виссарионов<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>2</sup>, С.Е. Мартынов<sup>3</sup>, В.И. Фролова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Институт Красоты на Арбате, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского факультета РУДН, Москва, Россия

<sup>3</sup> — Международный институт психосоматического здоровья МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет психологии, Москва, Россия

## ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА И КОСМЕТОЛОГА

**V.A. Vissarionov<sup>1</sup>, V.E. Medvedev<sup>2</sup>, S.E. Martynov<sup>3</sup>, V.I. Frolova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Beauty Institute on Arbat, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>3</sup> — International Institute of Psychosomatic Health, Moscow, Russia

## PATHOCHARACTEROLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL DISORDERS IN IN PLASTIC SURGEON'S AND COSMETOLOGIST'S PATIENTS

**Актуальность.** По мнению исследователей, занимающихся изучением психосоматических корреляций в эстетической хирургии и косметологии, обращение пациентов к врачу во многом определяется структурой личности и/или психопатологическими расстройствами.

**Цель исследования** — выявление и изучение личностных расстройств и патопсихологических характеристик пациентов, обращающихся к услугам эстетической медицины (косметология, пластическая хирургия).

**Материалы и методы.** Основным методом избран психометрический. В качестве инструментов обследования использовались валидизированные шкалы: характерологический опросник К.Леонгарда (1965) и пятифакторный личностный опросник МакКрае–Коста (1983–1985). Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 6.0 (компания StatSoft, США).

**Результаты.** Выборку составили 123 пациент (20 мужчин, 103 женщины) в возрасте 18–70 лет. Из представленных данных следует, что среди клиентов пластического хирурга и косметолога преобладают пациенты, характеризующиеся демонстративностью поведения, повышенной способностью к вытеснению (демонстративный тип — 18,7%), ригидностью и инертностью психических процессов с продолжительным переживанием травмирующих событий (педантичный тип — 17,1%) и склонностью к формированию сверхценных идей (застревающий тип — 15,4%).

Сравнение пациентов, обратившихся за косметологической (первая группа) и хирургической (вторая группа) коррекцией внешности позволило выявить ряд отличий между пациентами.

В первой группе ( $n=92$ ; 16 мужчин и 76 женщин) преобладают пациенты в возрастном диапазоне 31–60 лет (средний возраст —  $44,6 \pm 2,5$  лет). У пациентов доминируют девиации демонстративного и тревожно-фобического типов, а также такие конституционально обусловленные или нажитые личностные черты, как экстравертированность (общительность, коллективизм, широкий круг знакомств, оптимизм, тяготение к острым, возбуждающим впечатлениям, риску), экспрессивность (легкомысленность, недостаточно серьезное отношение к систематической деятельности), эмоциональная неустойчивость, импульсивность (естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам, отсутствие настойчивости в достижении цели).

Во второй группе ( $n=31$ ; 4 мужчины и 27 женщины) преобладают лица возрастного диапазона — 21–40 лет. Средний возраст госпитализированных в хирургическое отделение ( $36,7 \pm 1,8$ ) лет. У пациентов пластического хирурга, в отличие от клиентов косметологических отделений, преобладают педантическая ( $p=0,0026$ ), застревающая ( $p=0,0064$ ) и дистимическая ( $p=0,0007$ ) акцентуации характера, а также такие патопсихологические черты как интроверсия ( $p<0,001$ ), педантичность ( $p=0,0032$ ), обособленность ( $p=0,0021$ ) и высокий самоконтроль ( $p<0,001$ , точность и аккуратность в делах, соблюдение общепринятых норм поведения в обществе).

**Заключение.** Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о наличии общих для большинства пациентов, обращающихся к врачу с целью коррекции внешности, патохарактерологических черт: демонстративность, ригидность и инертность психических процессов с продолжительным переживанием психотравмирующих событий и склонностью к формированию сверхценных идей.

В тоже время получены статистически достоверные данные о различиях в структуре патохарактерологических и патопсихологических расстройств у пациентов пластического хирурга и косметолога, что имеет важное практическое значение, поскольку обуславливает различные подходы к психотерапии и психофармакотерапии указанных расстройств в случае их декомпенсации.

**С.Е. Мартынов, Г.А. Арина**

Международный институт психосоматического здоровья МГУ имени М.В.Ломоносова, факультет психологии, Москва, Россия

## ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТАТЬ ПАЦИЕНТОМ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

**S.E. Martinov, G.A. Arina**

International Institute of psychosomatic health Lomonosov Moscow State University, psychological department, Moscow, Russia

## FACTORS OF PSYCHOLOGICAL READINESS TO BECOME A PATIENT OF AESTHETIC MEDICINE

**Актуальность.** Обращение к услугам эстетической медицины является полимотивированным поведением, которое может реализовываться в континууме от клинически оформленных психопатологических расстройств (дисморфомания) до культурно- и социально нормативных форм активности (antiage забота о себе). Особое место занимает юность, когда происходит не только стабилизация отношения к своей внешности (в том числе и неудовлетворенность ею), но и в силу информированности и некоторой финансовой независимости, становится возможным самостоятельное обращение к медицине с целью коррекции внешности. Готовность к медицинской коррекции облика в целом (не только лица) оказывается детерминированной не только реальными недостатками внешности, но глубоко связана с ценностно-личностной системой и макросоциальными, культурно-заданными факторами.

**Материалы и методы.** В соответствии с положениями клинической психологии телесности был разработан дизайн исследования, направленный на установление взаимосвязей феноменологии озабоченности внешностью, ценностных ориентаций личности, медиаповедением (направленным на «потребление» образов идеальной внешности) — с одной стороны, и фактическим и предполагаемым обращением к услугам эстетической медицины, — с другой. В исследование приняли участие 308 респонденток в возрасте 18-25 лет, из них 144 — посетители клиники дерматокосметологии, а 164 —

контрольная выборка. Было показано, что более 20% респонденток из популяционной выборки и все обратившиеся в клинику готовы изменять свою внешность. Для девушек обеих групп готовность к любым процедурам коррекции внешности (вплоть до хирургии) в равной степени продиктована требованиями моды и связана с ценностями социального успеха. Ценностный паттерн, включающий в себя значимость наслаждения, соответствия современной моде, богатство, востребованность, престиж, власть, внешнюю привлекательность — характерен для тех, кто не только озабочен своей внешностью, но и готов ее трансформировать. В свою очередь, склонность пациенток клиники дерматокосметологии воспринимать привлекательность внешности как неотъемлемое условие успешной личной жизни и профессиональной деятельности создаёт мотивационную готовность к изменению внешности средствами именно эстетической хирургии, невзирая на тяжесть и побочные эффекты вмешательства.

**Результаты.** Обнаружено существенное влияние СМИ на представленность описанных ценностей. Это выражается в особой форме организации медиапотребления: те, кто недоволен собой, в 3 раза больше хотели бы смотреть телепередачи с показом мод, в 4 раза — музыкальные клипы, читать журналы о красоте — в 5 раз, а публикации о жизни звезд — в 9 раз больше, чем те, кто меньше недоволен и своей внешностью, и жизнью в целом, и не планирует медицинских вмешательств в свой облик.

**Заключение.** Описанные взаимосвязи позволяют утверждать, что склонность сравнивать себя со стереотипами идеальной внешности создаёт мотивационные предпосылки для коррекции своей внешности средствами «тяжелых» хирургических вмеша-

тельств. Желание изменить свою внешность более радикальными методами отражает стремление повысить не только самооценку внешности, но и общую самооценку за счёт приближения своей внешности к идеальному образцу.

## В.А. Виссарионов<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Институт Красоты на Арбате, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского факультета РУДН, Москва, Россия

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА И КОСМЕТОЛОГА

V.A. Vissarionov<sup>1</sup>, V.E. Medvedev<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Beauty Institute on Arbat, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## AFFECTIVE AND ANXIETY DISORDERS PREVALENCE IN PLASTIC SURGEON'S AND COSMETOLOGIST'S PATIENTS

**Актуальность.** Несмотря на интенсивное развитие в последние десятилетия в нашей стране эстетической медицины, в отечественной литературе до настоящего времени практически отсутствуют данные о частоте встречаемости депрессивных, тревожных и других психопатологических расстройств среди пациентов пластического хирурга или косметолога.

**Целью** скринингового исследования являлось установление частоты встречаемости симптомов наиболее распространенных форм психической патологии — тревожных и аффективных (депрессивных, гипоманиакальных) расстройств среди пациентов, обратившихся к пластическим хирургам и косметологам.

**Материалы и методы.** Основным методом был избран психометрический (шкала Цунга для самооценки депрессии и тревоги, опросник жизненного тонуса, активности и настроения (HCL-32-R1), опросник «Устойчивых форм Я-внимания» и шкала Холмса-Рея. Для статистической обработки данных применялась программа Statistica 13.0 (компания StatSoft, США).

**Результаты.** Опросники и шкалы заполнили 281 пациент (45 мужчин, 232 женщины, 4 — не указали пол) в возрасте 18-70 лет. При сопоставлении данных самоопросников для выявления тревоги и депрессии установлено, что пациенты кос-

метолога достоверно чаще чем пациенты хирурга отмечают у себя симптомы тревоги (32,4% против 22,9%,  $p < 0,001$ ) и депрессии (35,8% против 21,7%,  $p = 0,005$ ). Пациенты косметологического отделения реже характеризовались низким и сниженным уровнем стрессоустойчивости, чем пациенты хирургического стационара. Достоверные отличия касаются большей частоты встречаемости у пациентов хирургического отделения таких симптомов как дисфория ( $p < 0,001$ ), снижение либидо ( $p < 0,001$ ), а у пациентов косметолога — идей малоценности ( $p < 0,001$ ) и суицидальных мыслей ( $p < 0,001$ ). Особо следует отметить, что среди всех пациентов, обратившихся к врачу с целью коррекции внешности, 25,7% констатировали у себя наличие мыслей о смерти.

**Заключение.** Полученны данные о соответствии 31,7% пациентов косметолога и пластического хирурга психометрическим критериям депрессивных и 36,7% — тревожных расстройств. Сообщение пациентов пластического хирурга и косметолога о наличии у них симптомов депрессии (ангедония, идеи малоценности, дисфорический аффект, циркадный ритм, снижение витальных функций, суицидальные мысли), тревоги (психической, соматизированной) определяет необходимость проведения комплексного диагностического обследования, лечебных и реабилитационных мероприятий с привлечением психиатра (психотерапевта) для данного контингента пациентов.

**В.Э. Медведев**

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН, Москва, Россия

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОГО ХИРУРГА И КОСМЕТОЛОГА БЕЗ ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ АНОМАЛИЙ ВНЕШНЕГО ВИДА

**V.E. Medvedev**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## MENTAL DISORDERS WITH CAUSELESS APPEARANCE DISCONTENTMENT IN PLASTIC SURGEONS' AND COSMETOLOGISTS' PATIENTS

**Актуальность.** В последние годы отмечается рост числа исследований, посвященных изучению различных аспектов психосоматической патологии у пациентов пластического и/или реконструктивно-го хирурга и косметолога. При этом практически не освещенной остается проблема патогенеза

**Цель исследования** — изучение структуры психопатологических расстройств у пациентов без явных дефектов внешности, обратившихся за хирургической или косметологической коррекцией.

**Материалы и методы.** В исследование включались пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 75 лет, обратившиеся в клинику косметологии или пластической хирургии в связи с недовольством своей внешностью, и давшие согласие на участие в исследовании. Основным методом обследования — клинично-психопатологический с привлечением данных катмнеза (1-3 года). Анализ соматического состояния проводился на основе данных медицинской документации и результатов лабораторных и клинично-инструментальных методов обследования.

**Результаты.** В ходе работы обследован 281 пациент (227 женщин (средний возраст  $35,8 \pm 4,9$  лет) и 54 мужчины (средний возраст  $30,9 \pm 5,7$  лет)).

Анализ результатов обследований больных свидетельствует о гетерогенности психопатологических расстройств, приводящих к развитию недовольства внешностью и обращению к пластическому хирургу и косметологу. На основании полученных данных выделено несколько групп больных: с преобладанием дисморфофобических (26%), тревожно-фобических (23,1%), обсессивно-компульсивных (11%), аффективных (32%) и психотических (бредовых, 7,5%) расстройств, ведущим психопатологическим

симптомом которых в данной выборке больных являлось недовольство собственной внешностью.

Выявленные психопатологические синдромы реализуются в рамках динамики РЛ, шизофрении, аффективных (БАР, РДР и др.) и органических (смешанных) расстройств.

Катмнестические данные указывают на отсутствие улучшения, и даже, напротив, на ухудшение психического состояния пациентов после проведения косметологического или хирургического лечения. Более того, наличие психической патологии способствует персистированию недовольства собственной внешностью.

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о наличии феномена недовольства собственной внешностью при отсутствии косметических дефектов в структуре широко спектра гетерогенных (как по клинично-синдромальной структуре, так и нозологической принадлежности) психических расстройств.

Психопатологические симптомокомплексы могут не только являться причиной недовольства пациента собственной внешностью и определять его обращение к хирургу, но и осложнять течение постоперационного периода и повышать риск неудовлетворенности результатами терапии.

Следует признать необходимым при принятии решения о возможности и объеме оперативного вмешательства основываться не только на учете физического состояния, но и на облигатном всестороннем анализе психиатрического анамнеза (особенно установления причин возникновения недовольства внешностью и мотивов обращения к пластическому хирургу).



**Ф.Ф. Холтаева, Г.У. Алимова**

Ташкентская Медицинская Академия,  
Ташкент, Узбекистан

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**F.F. Holtaeva, G.U. Alimova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## MENTAL DISORDERS IN ELDERLY AND SENILE AGE

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения у 40% пациентов старше 55 лет, обратившихся к врачу общей практики (ВОП) в связи с различными заболеваниями, имеют место депрессивные симптомы. В начале старческой депрессии больных беспокоит подавленное настроение и бессонница. В дальнейшем нарастают явления тревоги с двигательным беспокойством, развиваются различные формы депрессивного бреда — осуждения, наказания, гибели, ипохондрические и суицидальные идеи. Причины депрессий в старости разнообразны. Она может быть связана с органическим поражением головного мозга в результате сосудистых нарушений, инсульта или специфических для этого возрастного периода заболеваний (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера). Развитие депрессии может быть обусловлено эндокринными или терапевтическими заболеваниями, а также приемом некоторых медикаментов. При описании психологической ситуации эти больные говорят о таких проблемах, как «конфронтация с приближающейся смертью», «утрата перспектив», «напряженность и трение с новым поколением». Часто депрессивные состояния провоцируются внутрисемейными конфликтами, также могут развиваться в результате увольнения пожилых людей с работы («пенсионная депрессия»). Увеличение стрессовой нагрузки в связи с нарушением мировоззрения приводят пожилых людей к социальной дезадаптации.

**Цель:** проводилось исследование особенностей психических расстройств у лиц старше 55 лет на базе семейной поликлиники (СП) № 9 города Ташкента.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на базе СП № 9 г. Ташкента. Ретроспективно изучали 54 амбулаторных карты больных старше 55 лет, среди них женщины составили 79,6%.

**Результаты.** Наиболее частый возраст начала заболевания у женщин — 60-65 лет, у мужчин — старше 50 лет. В структуре нозологии преобладают психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга органической природы (44,4%), затем следуют реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (29,5%), расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (16,7%), депрессивные эпизоды (5,6%). Наиболее часто больных беспокоит нарушение сна (85,2% больных), стойкое снижение настроения (81,5%), тревога (61%), у 27,8% больных появляются бредовые идеи (в большей степени воздействия или материального ущерба — по 33,3%). Пациентам пожилого возраста, страдающим психическими расстройствами, редко предлагают психологические методы лечения. Из лекарственных препаратов используется практически весь современный арсенал антидепрессивных средств, включающий хорошо известные трициклические и четырехциклические антидепрессанты, а также антидепрессанты «нового поколения» — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и обратимые ингибиторы МАО-А. Однако при назначении тех или иных психофармакологических средств пожилому больному всегда нужно иметь в виду повышенный риск возникновения побочных эффектов и осложнений, тем более что в позднем возрасте осложнения отличаются особой тяжестью проявлений. В этих случаях возможна коррекция терапии путем изменения доз, замены препаратов и изменения общего режима лечения. У исследуемых больных наиболее часто используют трициклические антидепрессанты: амитриптилин у 20,4% больных, азафен — у 18,5%. Кроме того, назначают транквилизаторы: феназепам в 16,7% случаев, диазепам — в 11%; нейролептики: хлорпропиксен получает 20,4% больных, соннапакс — 18,5%, эглонил — 13%.

**Заключение.** В условиях СП лечение психических расстройств пожилых больных часто используют трициклические антидепрессанты, а также транквилизаторы. По сравнению с молодыми пациентами пожилые люди позже выздоравливают. Это связано как с длительным периодом титрования антидепрессантов, так и с более продолжи-

тельным периодом развития эффекта. Необходимо помнить, что у пожилых пациентов терапевтический эффект антидепрессантов часто задерживается (вплоть до 2 месяцев). Сроки лечения депрессии у пожилых лиц соответствуют стандартам лечения депрессии. В среднем лечение составляет 6–12 месяцев.

## Ю.В. Вишняков, И.В. Десятниченко

Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница,  
Луганский гериатрический пансионат для ветеранов войны и труда,  
Луганск, Украина

# ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

## U. Vishnjakov, I. Desjatnichenko

Lugansk Republican Clinical Mental Hospital,  
Lugansk geriatric pension for war and labor veterans, Lugansk

## TREATMENT AND REHABILITATION OF DEPRESSED GERIATRIC PATIENTS

**Вступление.** В современных условиях возрастает актуальность изучения медицинских и психосоциальных проблем пожилых людей, одной из которых является лечение депрессий в позднем возрасте. При этом увеличение частоты депрессивных расстройств происходит за счет резкого возрастания вариантов малых «подпороговых» форм — дезадаптационных, соматизированных и депрессий амбулаторного уровня. В этой связи нами были исследованы вопросы лечения и реабилитации, в т.ч. использования немедикаментозных технологий, у гериатрических больных с коморбидными когнитивными и аффективными расстройствами.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе психоневрологической больницы и гериатрического пансионата г. Луганска. Велось динамическое наблюдение за 83 пациентами с легким когнитивным снижением и гипопсихотическими депрессивными расстройствами, длительно проживающими в условиях интерната и проходящими стационарное лечение. Применялась комплексная терапия антидепрессантами (пиразидол, флуоксетин, тразодон) в стандартных возрастных дозировках. У пожилых людей применение сложных современных психотерапевтических техник, как правило, ограничено. В этой связи в качестве психотерапевтического сопровождения

использовались рациональная психотерапия по В.Е.Рожнову, психокоррекция, релаксация с аутогенной тренировкой, дыхательная гимнастика в сочетании с дозированной гипокситерапией по В.А. Березовскому (состояние гипоксии достигалось путем энергичного короткого вдоха через рот (1-2 сек.) и пассивного выдоха через сцепленные зубы на протяжении 8 сек.; 3 цикла сеансов проводились через день, каждый по 15 мин «гипоксического дыхания» + 7 мин дыхания в обычном режиме). Курс составлял 4-6 недель.

**Полученные результаты.** Использование в лечении нескольких методов воздействия на депрессивную симптоматику позволило избежать наращивания дозировок антидепрессантов и возникновения побочных эффектов. Применение в лечении психотерапевтических методик, по нашему мнению, является обязательным, поскольку значительную роль в развитии различных вариантов депрессий в пожилом возрасте играют психотравмирующие события, возникающие на почве психологических изменений старения и ухудшения общесоматического состояния здоровья: семейные проблемы, вдовство, ограничение социальных контактов после выхода на пенсию, материальные затруднения, факт оформления в дом-интернат, одиночество, девальвация ролевых позиций в со-

циуме. Значительным реактивным фактором у исследуемой группы пациентов послужило пребывание в зоне военной обстановки в г. Луганске. Практически во всех случаях для пациентов исследуемой нами группы психогенному фактору принадлежала роль пускового механизма, либо вторично декомпенсирующей причины, либо патопластического фактора.

**Выводы.** Для лечения депрессивной симптоматики у больных с невыраженным когнитивным снижением целесообразно использовать комплексную медикаментозную и немедикаментозную терапию, что в условиях гериатрического интерната способствует более быстрому купированию симптоматики, коррекции искаженной внутренней картины болезни и компенсации психического состояния.

## В.В. Колмогорова, В.М. Полецкий

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

## V.V. Kolmogorova, V.M. Poletskiy

SBEI VPO Medical University «South Ural State Medical University» Russian Ministry of Health, Chelyabinsk, Russia

# THE COURSE OF ALZHEIMER'S DISEASE IN THE SOUTHERN URALS

**Актуальность.** Экологическое неблагополучие Южно-Уральского региона обусловлено целым рядом негативных факторов, возникающих в результате воздействия первого класса опасности (отходы гальванического производства; отходы, содержащие ртуть; хлорорганические соединения; радионуклиды и др.). Отмечается прямая зависимость между загрязнителями природной среды ингрдиентами антропогенного характера и формированием нервно-психических расстройств у лиц старшего зрелого и пожилого возраста.

**Цель исследования:** изучить особенности течения болезни Альцгеймера у лиц старшего зрелого и пожилого возраста, проживающих на экологически неблагоприятной территории Южного Урала.

**Материалы и методы.** Обследованные больные основной группы составили 441 пациент старшего зрелого и пожилого возраста (52 — 69 лет, средний возраст  $60,5 \pm 0,9$  года). В основную группу вошли три подгруппы. В первую подгруппу вошли 268 человек, облученных и проживающих на радиоактивно загрязненных территориях, среди них мужчин — 164 чел. (61,2%), женщин — 104 (38,8%). Вторую подгруппу представили обследованные пациенты, пострадавшие в результате токсического действия «тяжелых» металлов и опасных химических веществ — 144 человека, из них мужчин 86 человек (59,7%), женщин — 58 (40,3%). Третью

подгруппу составили больные с атрофическими нарушениями головного мозга — 29 человек, из них мужчин 18 человек (62,1%), женщин — 11 (37,9%). Представителями группы сравнения (200 человек), проживающие на экологических чистых территориях Челябинской области в возрастном, национальном, половом и других отношениях соответствовали основной группе.

Клинико-психологическое обследование всех пациентов включало: клиническую рейтинговую шкалу деменции, краткую шкалу оценки психического статуса, ишемическую шкалу Хачинского и т.д.

Для установления значимых различий между группами использовались описательная статистика и непараметрический U — критерий Манна — Уитни.

**Результаты.** Под нашим наблюдением находились 9 пациентов с болезнью Альцгеймера (F 00 — F 00.9), из них 6 женщин (66,7% случаев) и 3 мужчин (33,3% случаев, соответственно). В клинических проявлениях болезни и в ее динамике можно было выделить 3 стадии: инициальную, фазу фокальных расстройств и терминальную. В начальной стадии наблюдалась головная боль, головокружение, тогда как проявления органического снижения психики выявлялись медленно и не резко, в виде утраты

творческих комбинаторных возможностей интеллекта, ослабления сообразительности, нерезкого падения обобщающего уровня суждений и нарастающего ослабления памяти. В дебютном периоде забывчивость больных в сочетании со слабостью активного внимания и невозможностью стойкого зрительного сосредоточения на окружающей обстановке особенно сказывалась на пространственной памяти, нарушении ориентировки в месте. На стадии фокальных расстройств и в терминальном периоде обнаруживалась самая характерная осо-

бенность болезни Альцгеймера в виде перерастания указанных признаков слабоумия, очаговые невротические нарушения, то есть выявлялись и в определенной последовательности нарастали апраксические, агностические, афазические расстройства.

**Заключение.** Наиболее часто у обследованных пациентов болезнь Альцгеймера встречалась у женщин, одинаково проявлялась при любом экологическом фоне Южного Урала.

## Д.М. Тураева, Г.У. Алимова

Ташкентская Медицинская Академия,  
Ташкент, Узбекистан

# ОСОБЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГЕРОНТОЛОГИИ

D.M. Turaeva, G.U. Alimova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## FEATURES PSYCHIATRIC CARE IN GERONTOLOGY

**Актуальность** научных исследований в области геронтопсихиатрии обусловлена тенденцией к неуклонному увеличению доли пожилых и престарелых в населении многих стран, что приводит к увеличению частоты психических заболеваний, специфических для позднего возраста и к увеличению числа заболевших в молодости или в среднем возрасте и доживших до старости больных.

**Цель.** Выявление психических расстройств у лиц пожилого и старческого возрастов в семейной поликлинике.

**Материалы и методы.** В течение 6 месяцев проводилось обследование лиц пожилого и старческого возрастов в семейной поликлинике (СП) № 9 города Ташкента на предмет наличия психических расстройств.

**Результаты.** Из 85 пациентов старше 60 лет в 41,8% случаев психиатром выявлена психическая патология: деменция — 21,8%, органические аффективные расстройства — 40,4%, неорганические аффективные расстройства — 5,8%, невротические и соматоформные расстройства — 27,6%, расстройства зрелой личности и поведения — 3,8%, острое полиморфное психотическое расстройство — 0,6%. Из полученных данных видно, что преобладали пациенты с органическими аффективны-

ми расстройствами (40,4%), расстройствами адаптации и невротическими расстройствами (27,6%), а также пациенты, страдающие деменцией (21,8%). Все пациенты с органическими аффективными расстройствами также имели соматическую патологию (в основном заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем), им назначалось лечение препаратами растительного происхождения (ново-пассит), гомеопатическими средствами (тентотен), в ряде случаев потребовалось назначение небензодиазепиновых транквилизаторов (атадекс, грандаксин) и СИОЗС (феварин). В группе пациентов с невротическими расстройствами преобладали пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством и расстройствами адаптации. В лечении данных пациентов применялись небензодиазепиновые транквилизаторы и СИОЗС, либо их комбинация. В 90% случаев выявления деменции было назначено лечение антидементными препаратами (акатинолмемантин, экселон), только в 10% случаев потребовалось дополнительное назначение антипсихотиков (галоперидол) в связи с ажитацией, бредовыми или галлюцинаторными симптомами у лиц с тяжелой деменцией (большинство из них лица, после перенесенного ОНМК в анамнезе).

**Результаты.** Пациентам была назначена соответствующая антидементная терапия. 8 человек были направлены в дневной стационар на дообсле-

ние и лечение — среди них преобладали лица с органическими и неорганическими аффективными расстройствами, а также с посттравматическим стрессовым расстройством и расстройствами адаптации.

**Выводы:** необходимо оказывать индивидуальную квалифицированную геронтопсихиатрическую помощь лицам старше 60 лет на этапе первичного медицинского звена.

**Г.У. Алимова**

Ташкентская Медицинская Академия,  
Ташкент, Узбекистан

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**G.U. Alimova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ELDERLY AND SENILE AGE

**Цель.** В течение 6 месяцев проводилось изучение особенностей психических расстройств у лиц старше 60 лет в семейной поликлинике (СП) № 9 города.

**Материалы и метод.** Ретроспективно изучено 54 амбулаторных карт больных соответствующего возраста, среди которых женщин — 79,6%. Наиболее частый возраст начала заболевания у женщин — 60-65 лет, у мужчин — старше 50 лет.

**Результаты.** В структуре нозологии преобладают психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга органической природы (44,4%), затем следуют реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (29,5%), расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (16,7%), депрессивные эпизоды (5,6%). Наиболее часто больных беспокоит нарушение сна (85,2% больных), стойкое снижение настроения (81,5%), тревога (61%), у 27,8% больных появляются бредовые идеи (в большей степени воздействия или материального ущерба — по 33,3%). Из лекарственных препаратов используется практически весь современный арсенал антидепрессивных средств, включающий хорошо известные трициклические и четырехциклические антидепрессанты, а также антидепрес-

санты «нового поколения» — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и обратимые ингибиторы МАО-А. При назначении психофармакологических средств пожилому больному всегда нужно иметь в виду повышенный риск возникновения побочных эффектов и осложнений, тем более что в позднем возрасте осложнения отличаются особой тяжестью проявлений. В этих случаях проводится коррекция терапии путем изменения доз, замены препаратов и изменения общего режима лечения. У этих больных используют трициклические антидепрессанты (амитриптилин у 20,4% больных, азафен — у 18,5%) и транквилизаторы (феназепам в 16,7% случаев, диазепам — в 11%); а также нейролептики: хлорпротиксен получает 20,4% больных, соннапакс — 18,5%, эглонил — 13%.

**Заключение.** Пожилые люди по сравнению с молодыми пациентами позже выздоравливают. Это связано как с длительным периодом титрования антидепрессантов, так и с более продолжительным периодом развития эффекта. Необходимо помнить, что у пожилых пациентов терапевтический эффект антидепрессантов часто задерживается (вплоть до 2 месяцев). Сроки лечения депрессии у пожилых лиц соответствуют стандартам лечения депрессии. В среднем лечение составляет 6–12 месяцев.



О.Р. Добрушина<sup>1</sup>, Г.А. Арина<sup>2</sup>, Е.Д. Осина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Международный институт психосоматического здоровья, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БОС-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ

O.R. Dobrushina<sup>1</sup>, G.A. Arina<sup>2</sup>, E.D. Osina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — International Institute of Psychosomatic Health, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — M.V. Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology, Moscow, Russia

## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF NEUROFEEDBACK IN THE TREATMENT OF MIGRAINE

**Актуальность.** Частые мигренозные головные боли (ГБ) существенно снижают качество жизни пациентов. БОС-терапия (биологическая обратная связь), будучи немедикаментозным способом профилактического лечения мигрени, может стать привлекательным добавлением к имеющемуся арсеналу средств.

Особого внимания заслуживает методика БОС по инфранизким частотам ЭЭГ, разработанная группой EEG Info под руководством Siegfried и Sue Othmer. Инфранизкие (миллигерцы) частоты, вероятно, представляют собою смещение постоянного потенциала мозга, отражающее колебания активности его сетей. В ходе сессии инфранизкочастотная составляющая ЭЭГ определяет один из параметров компьютерной игры, например, скорость, с которой летит ракета. Пациент наблюдает за игрой, получая обратную связь посредством зрения. Несмотря на накопленный успешный опыт применения БОС по инфранизким частотам ЭЭГ при мигрени, отсутствуют плацебо-контролируемые исследования с раздельной оценкой эффектов компьютерной игры и самой БОС.

**Цель исследования:** оценка клинических и психологических эффектов биологической обратной связи по инфранизким частотам ЭЭГ при мигрени.

**Материалы и методы.** Исследование было выполнено в формате single case design (дизайн единичных случаев). Суть этого подхода заключается в использовании экспериментального дизайна и статистических критериев для оценки эффективности метода лечения у конкретного пациента, без стирания межиндивидуальных различий.

В исследование были включены три пациентки (Н., Е., Т.) с мигренью частотой не менее 4 раз в месяц.

Исследование включало 4 фазы: предварительное наблюдение ( $\geq 2$ -х нед), фаза лечения 1 (5 нед), фаза лечения 2 (5 нед), катамнестическое наблюдение ( $\geq 2$ -х нед). В фазах лечения 1 и 2 проводилось по 10 сессий БОС либо плацебо-БОС в отведении Т3Т4 (межполушарное); порядок рандомизировался и был известен только врачу, проводившему сессии (О.Р.). В конце предварительного наблюдения, на этапе смены фаз и в начале катамнестического периода «ослепленный» психолог проводил клинко-психологическое обследование. На протяжении всего периода исследования пациентки ежедневно заполняли специальный электронный дневник, включающий характеристики боли и ее восприятия, психологического состояния, стрессовые факторы, копинг-стратегии. До каждой сессии заполнялся опросник самочувствие-активность-настроение (САН).

**Результаты.** У Н. и Е. отмечалась мигрень с аурой: зрительной (Н.) и вестибулярной (Е.) с частотой ГБ около 2-х раз в неделю. Плацебо-БОС не привела к снижению частоты ГБ, более того, Н. отметила усиление их интенсивности (частота сильных и очень сильных приступов 13,6% vs. 0%,  $p=0,2$ ). На фоне реальной БОС количество дней с ГБ снизилось у Н. с 31% до 11% ( $p=0,4$ ), у Е. с 30% до 15% ( $p=0,046$ ). Частота ауры значительно снизилась у Е. — с 16% до 4% ( $p=0,046$ ), но не у Н., что можно объяснить сохраняющейся микрокардиоэмболией. За год до включения в исследование ей было проведено протезирование митрального клапана искусственным протезом, после чего течение мигрени резко ухудшилось.

У Т. имело место сочетание мигрени без ауры и ГБН. Ввиду низкого комплайенса к заполнению дневников фаза 2 (плацебо-БОС) была исключена из ана-

лиза. В фазе 1 частота ГБ не снизилась (23% дней vs. 29% дней), однако после второй сессии БОС уже не было отмечено ни одного приступа мигрени, все ГБ носили характер ГБН.

У всех пациенток наблюдалось значимое стабилизирующее влияние БОС на показатели САН, касающиеся когнитивного функционирования — уменьшение разброса по доменам «соображать легко/трудно», «внимательный/рассеянный». При этом у Н. и Е. отмечалась кодинамика этих показателей с показателями настроения (хорошее/плохое

настроение, радостный/печальный), а у Т. — тревоги (напряженный/расслабленный, взволнованный/спокойный).

**Заключение:** БОС по инфранизким частотам в межполушарном отведении приводила к снижению частоты мигренозных приступов и стабилизации показателей САН вне связи с эффектом плацебо. Эти результаты согласуются с принятым в школе EEGInfo постулатом о стабилизирующем эффекте межполушарного тренинга, похожем на действие антиконвульсантов.

## И.А. Сабитов, А.Н. Сапожников

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

# ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРОГЕННОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

I.A. Sabitov, A.N. Sapozhnikov

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

## ASSESSMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS CHRONIC VERTEBROGENIC PAIN SYNDROME

**Актуальность.** Российская ассоциация по изучению боли отмечает широкую распространенность хронических болевых синдромов — от 13,8% до 56,7%, составляя в среднем 34,3 случая на 100 человек. Более чем 40% людей, страдающих хронической болью, указывают на то, что боль серьезно снижает их качество жизни (Яхно Н.Н., 2008). Депрессия, сопутствующая соматическим или неврологическим заболеваниям значительно ухудшает качество жизни больных и труднее поддается лечению. Кроме того, депрессия существенно модифицирует течение основного заболевания, затрудняя диагностику и назначение адекватной терапии. Часто проявления депрессивных расстройств остаются малозаметными, маскированными как для самих пациентов, так и для клиницистов.

**Целью** данной работы являлось исследование маскированных, слабоструктурированных депрессивных расстройств у больных с хроническим болевым синдромом на фоне остеохондроза позвоночника с последующей оценкой снижения в качества жизни данной группы больных.

**Материалы и методы исследования:** 1) Опросник психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств (Беспалько И.Г., Вассерман Л.И., 2004), 2) Стандартизи-

рованный опросник качества жизни SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey»)

В исследовании приняли участие 33 больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом в возрасте от 29 до 65 лет (мужчин 21 человек, женщин -12).

**Результаты.** Болевой синдром шейной локализации отмечался у 9 человек, пояснично-крестцовой — у 22, давность заболевания составила от 1 года до 27 лет. Диагноз был подтвержден комплексом клинко-лабораторных методов (рентгенография позвоночника в 2-х проекциях, КТ, МРТ). Больные получали медикаментозную терапию, ЛФК, массаж, ФТЛ. Антидепрессанты больным не назначались. Контрольную группу составили практически здоровые лица — 20 человек от 22 до 43 лет. С помощью «Опросника слабоструктурированных депрессивных расстройств» симптомы депрессивного круга были выявлены у 55% пациентов. При этом больные при первичном обследовании не предъявляли жалоб депрессивного плана. В дальнейшем были выявлены клинко-психопатологические проявления тревоги, подавленного настроения, витальной тоски, нарушения сна, вегетативные изменения. Выраженное депрес-

сивное расстройство, требующее назначения антидепрессантов было выявлено у 35% исследованных больных, при этом отмечалась тенденция повышения уровня депрессии в зависимости от длительности заболевания. Максимальная выраженность отмечалась в группе больных «со стажем заболевания более 20 лет» ( $p < 0,001$ ). При оценке качества жизни у больных с хроническим болевым синдромом в сочетании с психопатологическими явлениями депрессии выявлено значительное снижение по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с показателями качества жизни у лиц контрольной группы («практически здоровые» лица). Достоверные выраженные различия ( $p < 0,05$ ) отмечены по шкалам RP ( $12,6 \pm 1,5$ ) «ролевого физического функционирования», BP ( $16,7 \pm 2,2$ ) «интенсивности боли», что было обусловлено подавленным эмоциональным состоянием группы больных. Отмечалась тенденция больных к снижению, по сравнению со здоровыми лицами, способности заниматься

повседневной деятельностью, снижении общего фона настроения и тенденция к росту эмоционального напряжения.

**Заключение.** Можно сделать следующие выводы:

1. У больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом ассоциированность депрессивных расстройств отмечалась в 55% случаев, при этом в 35% случаев возникала необходимость проведения антидепрессивной терапии.
2. Максимальная выраженности депрессивного синдрома отмечалась у больных с длительностью хронического болевого синдрома более 20 лет.
3. У больных с хроническим болевым синдромом, ассоциированным с депрессией, наблюдалось значительное снижение качества жизни, особенно по шкалам «ролевого физического функционирования» и «интенсивности боли».

**М.К. Матякубова, Н.И. Ходжаева, У.М. Давлетярова**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ СНА У БОЛЬНЫХ ИНСОМНИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

**M.K. Matyakubova, N.I. Khodjaeva, U.M. Davletyarova**

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

## FEATURES OF STRUCTURE IN PATIENTS WITH INSOMNIA VARIOUS GENESIS

**Актуальность.** Инсомния является синдромом и встречается при многих заболеваниях. При этом объективные исследования структуры ночного сна показывают наличие неспецифичных патологических изменений при инсомнии. Проявления расстройств сна сводятся в основном к уменьшению длительности сна, увеличению времени поверхностной стадии и бодрствования внутри сна, укорочению продолжительности дельта сна, удлинению латентных периодов.

**Цель** — проверка гипотезы, что наличие органических заболеваний (таких, как ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, остаточные явления ОНМК) может вносить свои особенности в объективную картину нарушений ночного сна.

**Материалы и методы.** Проанализирована структура сна у больных 2-х групп: с инсомнией невротического генеза (70 пациентов) и на фоне соматиче-

ской и неврологической патологии (50 пациентов). Сравнимые группы не отличались по полу и возрасту (средний возраст составил 59 лет).

**Результаты.** Установлено, что в обеих группах были общие тенденции ухудшения ночного сна, аналогичные вышеописанным. При этом у больных с органической патологией изменения сна были более выраженные и заключались (по сравнению с инсомнией невротического генеза) в достоверно большем укорочении времени ночного сна, увеличении общей сегментации сна, уменьшении представленности быстрого сна, удлинении времени засыпания. Единственным исключением из этого правила (большая тяжесть нарушений сна при инсомнии органического генеза) были изменения латентного периода 2-й стадий, который был более коротким в группе с органической патологией и, практически приближался к значениям аналогичного параметра здоровых лиц.

**Выводы:** 1. Объективные нарушения сна по данным полисомнографии более выражены у больных с соматической и неврологической патологией по отношению к больным с невротическими расстройствами.

2. У больных с невротическими расстройствами сна отмечается «перекрестное» ухудшение засыпания, проявляющееся в укорочении времени латентного периода 1-й стадии и пролонгировании латентного периода 2-й стадии.

## Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова, Е.А. Досужева

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, Тверь, Россия

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦНС

Е.А. Evstifeeva, S.I. Filipchenkova, E.A. Dosugeva

GBOU VPO «Tver state medical Academy» of Ministry of healthcare of the Russian Federation, Tver, Russia

## PSYCHOSOMATIC STATUS AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

**Цель исследования** — изучение психосоматического статуса и качества жизни пациентов с обострением остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и разработка комплексной медико-психологической реабилитационной модели, позволяющей оптимизировать сроки лечения пациентов. В процессе исследования проводился сравнительный анализ результатов, полученных при исследовании основной и контрольной групп при дополнительном к обычному курсу лечения больных с обострением хронической вертеброгенной радикулопатии пояснично-крестцовой локализации в отношении: уменьшения субъективной выраженности боли, уменьшения времени нетрудоспособности, уменьшения длительности обострения, улучшения динамики в неврологическом статусе, улучшения качества жизни пациентов, динамики при нейрофизиологическом исследовании (ЭНМГ). Пациенты основной группы, с обострением остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, дополнительно к основному лечению получают курс лечения аппаратом Omron E4 Professional, в сравнении с контрольной группой отмечают более значительное среднее уменьшение выраженности боли, более быстрое увеличение подвижности в позвоночнике, уменьшение длительности обострения, уменьшение времени нетрудоспособности.

**Материал и методы.** Выборку составили 40 пациентов с радикулопатиями в возрасте от 28 до 72. Диагностический инструментарий исследования составили методики: методика оценки личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.А. Ханина, опросник SF-36 для оценки качества

жизни и методика диагностики уровня субъективного контроля (интернальности) Дж. Роттера.

**Результаты.** Пациенты достаточно высоко оценивают свое общее здоровье, «выше среднего». В этом же диапазоне значений располагается и большинство остальных данных, конкретизирующих структуру «качества жизни». Пациенты достаточно высоко оценивают свою жизненную активность, в том числе физическую, эмоциональную и социальную. Самооценка психического здоровья также оказалась в диапазоне значений «выше среднего»: большинство пациентов не испытывают тревогу и депрессию. Единственным значением, попавшим в диапазон «средневыраженных», является показатель боли. Таким образом, большинство испытуемых (78%) оценивают КЖ на достаточно высоком уровне. Они физически, эмоционально и социально активны, состояние общего здоровья, а также компоненты физического и психического здоровья не вызывают опасений. У большинства испытуемых (58%) обнаружен средний уровень личностной тревожности, у одной трети (33%) — высокий, у остальных (9%) — низкий (методика Ч.Д. Спилберга, Ю.А. Ханина), среднegrupповой показатель — 41,2 балла. По шкале ситуативной тревожности полученные результаты распределились подобным образом: у большинства испытуемых (53%) обнаружен средний уровень, у одной трети (34%) — высокий, у остальных (13%) — низкий, среднegrupповой показатель — 38,6 балла. Дифференцированное исследование тревожности обнаружило ее повышенный уровень более чем у 30% респондентов, что можно рассматривать как диагностический признак латентного психического

дисбаланса. Результаты исследования по опроснику УСК Дж. Роттера показали, что большинству обследованных в целом присущ интернальный локус контроля. В области достижений, семейных и межличностных отношений респонденты демонстрируют высокий уровень личностной ответственности.

**Заключение.** Пациенты с радикулопатиями на приемлемом уровне оценивают качество жизни,

во многих ее сферах проявляют личностную ответственность и самоконтроль, способны ставить адекватные цели и достигать их. Однако выявлены определенные проблемные психосоматические зоны: около трети респондентов имеют высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, что служит причиной состояний, характеризующихся напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью.

**Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова, Л.А. Мурашова,  
К.Ю. Кашехлебов**

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Тверь, Россия

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**E.A. Evstifeeva, S.I. Filippchenkova, L.A. Murashova,  
K.Y. Kashehleb**

Medical University «Tver State Medical Academy» of the Ministry of Health, Tver, Russia

## PSYCHOLOGICAL PREDICTORS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISEASES

**Целью** работы является изучение качества жизни больных эпилепсией, его особенностей и специфики. Эпилепсия – это распространенное пограничное нервно-психическое заболевание с полиморфной клинической картиной и сложным прогнозом, основным проявлением которого являются эпилептические приступы. Это одно из самых распространенных неврологических заболеваний с учетом того, что у каждого сотого человека на Земле бывают эпилептические приступы. Снижение связанного со здоровьем качества жизни у больных эпилепсией показано и в большом количестве исследований, т.к. заболевание накладывает отпечаток на эмоциональный статус и здоровье в целом, уровень самооценки, возможности трудоустройства и заработка, межличностные отношения и т. д.

**Материал и методы.** Обследовано 45 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом: криптогенная эпилепсия. Стаж заболевания более 5 лет, все получают антиэпилептическую терапию. Диагностический инструментарий исследования составили методики: методика оценки личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, шкала оценки качества жизни Э. Динера, предназначенная для измерения глобальной удовлетворенностью жизнью и методика «Память

на слова». Исследование проводилось на базе психодиагностической лаборатории Тверского государственного медицинского университета с использованием автоматизированной системы бланкового тестирования «Мультипсихометр-05».

**Результаты:** высокий уровень личностной тревожности выявлен у 16% пациентов, что обусловлено с большей вероятностью особенностями темперамента и характера больных. Высокий уровень ситуативной тревожности отмечается у 44% испытуемых и обусловлен наличием заболевания. Исследование когнитивной сферы показало, что у пациентов, страдающих эпилепсией, резко снижается правильность, точность и эффективность запоминания информации, чему способствуют различные по глубине изменения памяти. Уровень качества жизни оценивают как низкий 27% пациентов — это связано с тем, что больные вынуждены постоянно принимать лекарства, а также с отношением общества к больным, которое не всегда обоснованно, ограничивает их стремление к получению образования, к профессиональной деятельности, созданию семьи и т. п. Психологические показатели 40% пациентов демонстрируют наличие высокого уровня качества жизни. Такие конкретные данные могут свидетельствовать о когнитивных нарушениях.



**Заключение.** Уровень качества жизни у больных эпилепсией зависит от длительности заболевания и тяжести ее проявлений, от выраженности личностных особенностей и степени когнитивных нарушений. Психологические проблемы, появление которых обусловлено заболеванием, затрудняют

адаптацию, снижают самооценку, осложняют профессиональное самоопределение и межличностное взаимодействие, приводят к развитию психосоматических заболеваний, срывам в профессиональной деятельности, отклоняющимся (девиантным) формам поведения.

**А.Ю. Рябченко, В.С. Богданов, А.М. Долгов, Е.А. Зверева**

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет, ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова, Оренбург, Россия

## ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДТИПА

**A.Y. Ryabchenko, V.S. Bogdanov, A.M. Dolgov, E.A. Zvereva**

Medical University Orenburg State Medical university, SADM SCG them. N.I. Pirogova, Orenburg, Russia

## FEATURES OF NEUROPSYCHOLOGICAL DISORDERS IN THE ACUTE PHASE OF ISCHEMIC STROKE, DEPENDING ON THE PATHOGENIC SUBTYPE

**Актуальность.** Нейропсихологические нарушения, возникающие при остром ишемическом повреждении мозга, в первую очередь затрагивают познавательные функции. Постинсультные когнитивные нарушения — чрезвычайно распространенная клиническая симптоматика, развивающаяся в первые месяцы заболевания. Степень выраженности расстройств варьирует от легкой до уровня деменции. К основным факторам риска постинсультных когнитивных нарушений относят пожилой возраст, повторный характер инсульта, низкий уровень образования, выраженный лейкоареоз и/или атрофия гиппокампа по данным магнитно-резонансной томографии, левополушарная локализация инсульта. Вопрос возникновения когнитивных нарушений и их зависимость от патогенетического варианта в остром периоде ишемического инсульта до сих пор остается предметом нерешенным.

**Цель исследования.** Исследовать особенности нейропсихологических нарушений у пациентов в остром периоде ишемического инсульта при различных патогенетических подтипах.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных с диагнозом ишемический инсульт (9 мужчин и 11 женщин), средний возраст  $65 \pm 2,7$  лет. В исследование не включались пациенты с психическими заболеваниями, анамнестическими данными о наличии деменции до инсульта. Для комплексного

нейропсихологического исследования использованы шкалы: шкала депрессии (CES-D), Монреальская шкала оценки психического статуса (МОСА). Согласно критериям классификации TOAST, весь контингент пациентов с ишемическим инсультом был разделен на 3 патогенетических подтипа: атеротромботический, лакунарный и кардиоэмболический. Результаты подвергнуты статистической обработке с использованием программы STATISTICA 8 for Windows.

**Результаты.** Средний балл по шкале CES-D у пациентов с атеротромботическим подтипом составил  $21 \pm 2,36$  балла, по шкале МОСА средний балл был  $19,5 \pm 1,47$ . У пациентов с лакунарным подтипом средний балл по шкале CES-D составил  $14,6 \pm 3,1$  балла, по шкале МОСА средний балл был  $21 \pm 1,04$ . У пациентов с кардиоэмболическим подтипом средний балл по шкале CES-D составил  $28,2 \pm 3,9$  балла, по шкале МОСА средний балл был  $15,7 \pm 2,9$ .

**Заключение.** Таким образом, исследование показало, что наиболее выраженные нейропсихологические нарушения, выражавшиеся в развитии когнитивного дефицита и депрессии, наблюдались у пациентов с кардиоэмболическим инсультом. У пациентов с лакунарным подтипом отмечались наименьшие нарушения со стороны когнитивных расстройств, что, возможно, связано с небольшим очагом поражения.

**Г.У. Алимова, Ф.Ф. Холтаева**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**G.U. Alimova, F.F. Holtaeva**

Tashkent Medical Academy, city Tashkent, Uzbekistan

### DEPRESSIVE DISORDERS RESIDUAL ISCHEMIC STROKE

**Актуальность.** Депрессивные расстройства ложатся тяжелым бременем на общество вследствие причинения интенсивных психических, эмоциональных и физических страданий, которые существенно снижают уровень семейной, социальной и трудовой адаптации больных в резидуальном периоде ишемического инсульта. Степень, характер и длительность восстановления утраченных вследствие инсульта функций весьма вариабельны. Кроме этого на реабилитационный период могут негативно повлиять депрессивные расстройства (ДР), дезорганизующие приспособительное поведение. Наибольшая частота встречаемости депрессии (до 72,2%) выявляется в позднем восстановительном периоде инсульта. В последнее время в научных исследованиях в основном изучались возможные факторы риска развития постинсультной депрессии: пол, возраст, локализация очага поражения головного мозга, преморбидный психический фон, срок давности инсульта.

**Цель исследования:** Изучение возрастных особенностей проявлений депрессии у больных в резидуальном периоде ишемического инсульта.

**Материалы и методы.** На базе семейной поликлинике (СП) № 9 города Ташкента обследовано 66 больных (36 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 45 до 75 лет с ишемическим инсультом в анамнезе. Контрольную группу составили 30 больных (16 женщин и 14 мужчины), отнесенные к числу практически здоровых. Было проведено распределение больных на группы трудоспособного (женщины до 55 лет, мужчины до 60 лет) и пенсионного возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет). Женщин до 55 лет было 21, старше 55 лет - 15. Мужчин в возрасте до 60 лет было 17, старше 60 лет было 13. В контрольной группе опрошенных было 18 лиц трудоспособного возраста и 12 пенсионного возраста. Всем предложена субъективная шкала Левченко для выявления депрессии и госпитальная шкала депрессии.

**Результаты:** Анализ полученных данных показывает, что признаки депрессии отсутствовали

в большей степени в группе больных пенсионного возраста (10,54% из числа опрошенных пациентов), тогда как в группе больных трудоспособного возраста — лишь у 2,08%.

В противоположность этому, у здоровых людей контрольной группы отсутствие депрессии характернее для более молодой категории, что составило 88,9% от всех анкетированных лиц трудоспособного возраста. В группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет этот показатель равен только 8,33%. Субклинические признаки депрессии примерно одинаковы в обеих возрастных группах больных с ОНМК, с незначительным преимуществом в пользу первой. Так, в группе трудоспособного возраста они зафиксированы у 21 обследованных, пенсионного — у 17. В контрольной группе субклинические признаки депрессии больше выражены в группе женщин старше 55 лет и мужчин старше 60 лет, где отмечены у каждого второго, и только у двоих лиц трудоспособного возраста, что составило 11,1% данной группы. Клинически значимые признаки депрессии достоверно выше в группе больных с сосудистыми катастрофами головного мозга и выявляются у 57 больных. В то время как у лиц контрольной группы они зафиксированы всего у двоих обследованных более старшей возрастной категории. У лиц с церебральным инсультом больший процент депрессии отмечен в группе больных трудоспособного возраста — 62,5% против 57,88% пенсионеров, однако эти показатели не имеют достоверных отличий ( $p < 0,1$ ).

**Заключение.** Было установлено наличие признаков депрессии различной степени выраженности у лиц обеих групп. Однако встречаемость депрессии у больных с инсультом достоверно выше ( $p < 0,05$ ), также как и встречаемость её более тяжелых и клинически значимых форм. В данной группе прослеживается и тот факт, что депрессии более подвержены люди трудоспособного возраста. В контрольной группе большей частью выявляются субклинические признаки депрессии. Этот показатель достоверно выше у лиц пенсионного возраста.

**Е.Б. Чалая<sup>1</sup>, В.Г. Будза<sup>1</sup>, В.А. Чалый<sup>1</sup>, И.В. Чалая<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — ГОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

<sup>2</sup> — Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, Оренбург, Россия

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД

**E.B. Chalaya<sup>1</sup>, V.G. Budza<sup>1</sup>, V.A. Chalyi<sup>1</sup>, I.V. Chalaya<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Orenburg state medical University, Orenburg, Russia

<sup>2</sup> — Orenburg regional clinical psychiatric hospital № 1, Orenburg, Russia

## THE STUDY OF PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS IN POST-STROKE PERIOD

**Актуальность.** Исследование взаимных влияний психических и соматических факторов весьма актуально при изучении широко распространенных сосудистых заболеваний головного мозга. Лечебно-реабилитационные мероприятия при церебральном инсульте значительно осложняются наличием двигательных расстройств, ограничивающих адаптационные возможности организма и являющиеся дополнительным психотравмирующим воздействием.

**Цель исследования:** изучение психосоматических взаимосвязей, возникающих в хроническую фазу ишемического инсульта.

**Материалы и методы:** Клинико-психопатологическим методом обследован 131 больной (79 мужчин и 52 женщины) с различными двигательными нарушениями, которые перенесли ишемический инсульт в возрасте от 45 до 68 лет (средний — 57 лет). Срок давности инсульта к моменту исследования у 43 больных составил от 2-х месяцев до 1-го года (поздний восстановительный этап), у 45 — от 1-го года до 3-х лет (ранний резидуальный этап), у 43 — более 3-х лет (поздний резидуальный этап).

**Результаты и обсуждение.** В позднем восстановительном этапе установлено, что при выраженных двигательных нарушениях возникают более глубокие психопатологические расстройства (астено-депрессивный и психопатоподобный синдромы). В случаях наименьшего поражения (сенсо-пирамидный дефицит) мы наблюдали только астенический и неврозоподобный синдромы. На раннем резидуальном этапе длительно сохраняющаяся психотравмирующая ситуация (двигатель-

ная депривация) определяла появление в структуре астено-депрессивного и психопатоподобного синдромов невротических реакций, отражающих данные об особенностях психогенных расстройств на измененной сосудистой патологией «почве». Психогенное и соматогенное (органическое) выступали то в форме причины, то следствия, что соответствовало имеющимся представлениям о развитии психосоматозов (этап психосоматических циклов). В позднем резидуальном этапе выявлено нарастание не только частоты, но и глубины астено-депрессивного и психопатоподобного синдромов, дезадаптация в семейной и социальной сферах, непосредственно связанная с двигательной депривацией, что свидетельствовало о значительно большем влиянии психотравмы на развитие не только депрессии, но и психосоматической психопатизации. Ведущая при сосудистых поражениях церебрального характера симптоматика у данных больных являлась фоновой.

**Заключение.** В результате проведенного исследования выявлена этапность, характерная для развития психосоматического заболевания: психогенная депрессия, психосоматические циклы, психосоматическое развитие личности, что позволяет рассматривать постинсультный период в качестве психосоматического заболевания. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию клинической картины пограничных нервно-психических расстройств у больных, перенесших инсульт, в хронической его фазе и могут быть использованы в качестве метода дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий на различных этапах отдаленного периода инсульта.

# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ИМИТИРУЮЩИЕ ИЛИ ПРОТЕКАЮЩИЕ С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

**С.Н. Осколкова**

ФМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ГИПО- И ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ

**S.N. Oskolkova**

V.P.Serb'sky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

## PSYCHOSOMATIC DISTURBANCES AS ONE OF THE CAUSES OF HYPO AND HYPERDIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA

**Актуальность.** Понятие «психосоматического расстройства» началось, как известно, с DSM-III (Achte K., Henriksson A.-Tuulio, 1990). Вовлечения в патологические и защитно-компенсаторные процессы всего организма, а также взаимосвязь психопатологических феноменов и личностной реакции возможны как при эндогенных, так и иных заболеваниях. Работа посвящена гипо- и гипердиагностике шизофрении, в значительной мере обусловленными наличием в клинической картине психосоматических феноменов.

**Материал и методы.** Обследовано 58 человек во время стационарной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» в период 2010–2014 г.г. Возраст подэкспертных составлял 23–58 лет. У 38 из них в других психиатрических учреждениях, в том числе, и при СПЭ, были установлены диагнозы, измененные на диагноз «параноидная шизофрения» — 22 человека и «ипохондрическая шизофрения» — 6 человек. В 20 случаях при первой СПЭ или при обычном лечении предполагался (14 человек) или констатировался (6 человек) шизофренический процесс, не подтвержденный катamnестически. Основными методами обследования были клинко-психопатологический, клинко-динамический, катamnестический, экспериментально-психологический, а также учитывались данные консультаций врачей-непсихиатров: невролога, терапевта, эндокринолога, дерматолога (в разных сочетаниях). Полученные данные систематизировались в специально разработанной карте из 6 блоков: анамнестический; социально-демографический; психопатологический (актуальное состояние); психологический; сомато-неврологический; наличие-отсутствие диссимуляции-симуляции по совокупным данным и обрабатывались статистически. Для решения поставленной цели — выявления роли психосоматиче-

ских нарушений в дифференциальной диагностике шизофрении не учитывались экспертные выводы как выходящие за рамки указанной цели.

**Результаты.** У больных шизофренией отмечен непрерывный и приступообразно-прогредиентный типы течения. Как в периоды ремиссий, так и на высоте приступов при гиподиагностике данного заболевания отмечались сложные сенестопатии, тревожно-депрессивные переживания с транзиторными суицидальными идеями. В картины психозов включались деперсонализационные переживания с аффектом растерянности. Больные заявляли, что «состоят из одной болезни; «скрученных кишок»; боли; из-за этого их «я» уже не существует, «сосуды истончились», «все существо ждет смерти» и др. При этом около 50% больных с гиподиагностикой шизофрении диссимулировали симптомы 1-го ранга по К. Шнайдеру, не связанные с соматической патологией или психологизировали их (особенно часто изменения эмоциональных реакций). Объективное наличие соматических заболеваний, церебральной органической патологии облегчало диссимуляцию и позволяло убедительно фиксировать на них внимание врачей, что способствовало установлению ошибочных диагнозов (неврозоподобного, невротического, иного расстройства). Постепенно больные шизофренией проникались убежденностью в наличии неизлечимой или тяжелой соматической патологии, что изменяло их образ жизни, самосознание. У 6 человек был констатирован ипохондрический бред.

При гипердиагностике шизофрении в отдаленном периоде травмы головы психопатоподобные проявления имели эксплозивно-истеро-ипохондрическую структуру и характеризовались тесной связью с неврологической и соматической симптоматикой.

У больных постепенно развивались сверхценные идеи ипохондрического содержания, навязчивости, астения, жалобы на «неясность мыслей», отсутствие интересов и желаний, что имитировало картину дефекта при шизофрении.

**Заключения.** Во многих подобных случаях только комплексный мультидисциплинарный диагностический подход, дополненный катамнезом, может выявить нарушения, специфические для шизофрении, или исключить их.

## А.Е. Брюхин, В.В. Марилов, Т.Ю. Линева

Кафедра психиатрии и медицинской психологии, медицинского института,  
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У МУЖЧИН

### A.E. Bryukhin, V.V. Marilov, T.Yu. Lineva

Department of Psychiatry and Medical Psychology, Medical institute,  
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## PECULIARITIES OF PATHOMORPHISM OF ANOREXIA NERVOSA IN MALES

**Актуальность.** В последние десятилетия отмечается патоморфоз нервной анорексии в виде более раннего начала заболевания, увеличения булимических расстройств в клинической картине болезни, роста заболеваемости нервной анорексией у мужчин и тяжести у них булимической симптоматики. Имевшееся ранее соотношение случаев мужской и женской нервной анорексии как 1:10 приобрело в последнее время пропорцию 1:9.

**Результаты исследования.** У большинства из обследованных нами 53 подростков мужского пола и юношей нервная анорексия являлась синдромом эндогенного заболевания, чаще малопрогредиентной невротоподобной шизофрении. Для мужской нервной анорексии типична достоверно большая, по сравнению с женской нервной анорексией, наследственная отягощенность шизофренией, алкоголизмом, тревожными и аффективными расстройствами. К особенностям преморбида при нервной анорексии у мужчин относится сочетание шизоидных и астенических черт характера.

В большинстве наблюдений у пациентов-юношей с нервной анорексией заболевание манифестировало в препубертатном или пубертатном возрасте с характерологическими сдвигами, дисморфоманическими переживаниями, либо со сверхценными и бредовыми расстройствами, касающимися идей самосовершенствования, оздоровления, недовольства функциями и состоянием организма, нередко в сочетании с явлениями метафизической интоксикации.

Этапы динамики синдрома нервной анорексии у мужчин в целом совпадают с таковыми у женщин, однако обращает на себя внимание тяжесть кахексии и глубина вторичных сомато-эндокринных нарушений. По нашему мнению, это обусловлено недостаточной осведомленностью населения и врачей-интернистов о возможности развития нервной анорексии у мужчин и упорной склонностью больных к диссимуляции истинных мотивов похудения. Наличие у женщин с нервной анорексией такого важного диагностического критерия, как аменорея и осведомленность врачей гинекологов и эндокринологов по этой проблеме позволяет чаще и раньше выявить заболевание и рекомендовать своевременное адекватное лечение у психиатров. Соответствующая правильная оценка вторичных нарушений эндокринной системы у юношей с нервной анорексией, в том числе таких важных симптомов, как резкое уменьшение или исчезновение либидо, поллюций, потенции и эякуляции, уменьшение размеров мошонки, яичек и семявыносящих протоков, позволяет адекватно оценить степень истощения и использовать данные обследований в лечебно-реабилитационном процессе.

**Заключение.** Учитывая наблюдающиеся в последнее время изменения в обществе, появление новых, ранее не типичных для мужской популяции профессий (фотомодели, демонстрация одежды, съемки в клипах и пр.), следует констатировать, что рост нервной анорексии у мужчин имеет стойкую тенденцию к увеличению, что обуславливает необходимость своевременной диагностики и адекватного лечения заболевания.



**В.Э. Медведев**

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва, Россия

## СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО ПО ТИПУ КАРДИОНЕВРОЗА (ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ): КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ

**V.E. Medvedev**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## SOMATOFORM DISORDER IN FORM OF CARDIONEUROSIS (VEGETATIVE DYSTONIA): CLINICAL DYNAMICAL TYPOLOGY

**Актуальность.** Несмотря на множество посвященных соматоформным расстройствам (СФР) исследований, выполненных с применением современных клинико-диагностических методов, приводимые в литературе данные далеко не полностью освещают спорные аспекты, связанные с анализом проблемы СФР по типу кардионевроза.

**Цель исследования** — психопатологическая квалификация и оценка клинической картины и стереотипов течения кардионевротических расстройств с учетом данных психиатрического и соматического обследования, а также анализ вклада аномалий личности (акцентуация, расстройство) в развитие симптомокомплекса кардионевроза.

**Материалы и методы.** В выборку включены пациенты в возрасте от 18 до 50 лет с установленным более 2 лет назад диагнозом «Нейроциркуляторная дистония» (НЦД). Диагноз НЦД (кардионевроза) подтверждался в ходе повторного обследования и предусматривал оценку физических, инструментальных и лабораторных показателей.

**Результаты.** Изученную выборку составили 55 пациентов (32 женщ. и 23 мужч.; средний возраст — 35±4,7 лет). При обследовании обнаружены признаки вегетативной дисфункции: лабильность артериального давления (32 набл.) и сердечного ритма со склонностью к тахикардии (31 набл.), локальная потливость (26 набл.), мраморность (19 набл.) или похолодание конечностей (11 набл.), стойкий белый дермографизм (10 набл.).

Инструментальными методами исследования зафиксированы врожденные субклинические морфологические аномалии сердца (пролапс митрального клапана — 3 набл., дополнительная хорда — 1 набл.),

а также лабильность и неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса (21 набл.), положительные ЭКГ-пробы (19 набл.) с β-адреноблокаторами, гипервентиляцией и в ортостазе, временная реверсия зубца Т при проведении пробы с физической нагрузкой (18 набл.).

При психопатологической оценке психического статуса пациентов и его динамики установлено, что у большинства больных (37 набл.) отмечается гетерогенность клинических проявлений СФР по типу кардионевроза. Выделены три группы больных: с преобладанием тревожно-фобических (30 набл.), полиморфных соматоформных (18 набл.) и аффективных (7 набл.) расстройств.

Данные о клинической динамике кардионевроза свидетельствуют, что рассматриваемому расстройству свойственно длительное хроническое течение (средняя продолжительность на момент включения в выборку составила 7,4±1,2 лет). В соответствии с результатами настоящего исследования, течение СФР по типу кардионевроза можно подразделить на 3 следующих типа: а) фазное — с полной редукцией психопатологической симптоматики в межфазные интервалы (31 набл.); б) рецидивирующее — с формированием неполной ремиссии (21 набл.); в) непрерывное — с динамикой без четких фаз, интервалов между ними и отсутствием ремиссий (3 набл.).

Структура характерологических расстройств пациентов также гетерогенна. У пациентов с доминирующей тревожно-фобической симптоматикой преобладают акцентуации и расстройства личности истерического и пограничного типов. У больных с сенсопатиями отмечаются шизоидное, шизотипическое, зависимое расстройства личности, а также акцентуация обсессивно-компульсивного типа.

Преобладание аффективной симптоматики характерно для пациентов с личностными расстройствами аффективного круга: гипертимического и циклоидного.

**Заключение.** Установлено, что вопреки представленным в ряде исследований данным, клиническая

картина кардионевроза определяется сенсопатической моносимптоматикой лишь у 32,7% пациентов; у 67,3% пациентов наблюдаются полиморфные психопатологические расстройства разных регистров. Основные клинико-динамические характеристики кардионевроза коррелируют с конституционально-личностной предрасположенностью.

**А.А. Шабанова<sup>1</sup>, М.Г. Виноградова<sup>2</sup>, В.В. Кошелев<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> — ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ», Москва, Россия

<sup>2</sup> — МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

## ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**A.A. Shabanova<sup>1</sup>, M.G. Vinogradova<sup>2</sup>, V.V. Koshelev<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> — Cannabich Clinical Mental Hospital, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Lomonosov State University, Moscow, Russia

## THE INVESTIGATION OF PERSONALITY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS

Обобщение результатов многочисленных наблюдений в рамках работы службы психологической реабилитации в клинике пограничных расстройств позволяет рассматривать в качестве перспективного направления для исследования психологических особенностей больных с нарушениями пищевого поведения как традиционные патопсихологические методики, так и модифицированный тест Г.Виткина, что предоставляет исследовать психическую деятельность в условиях повышенной неопределенности, анализировать мотивационный, эмоциональный и операциональный компоненты когнитивных процессов, а также компенсаторные стратегии (Виноградова М.Г., Шабанова А.А., 2014). Для более подробного изучения личностных особенностей больных с расстройствами пищевого поведения в исследовании рассматривались паттерны реагирования в ситуациях социальной фрустрации. Данные ситуации позволяют проанализировать процессы аффективно-когнитивного взаимодействия, которые в последнее время привлекают все большее внимание исследователей при обсуждении психологических нарушений, наблюдаемых у больных с нервной анорексией и булимией (Roberts, Tchanturia & Treasure, 2010; R. Pignatti, V. Bernasconi, 2013). При формальном анализе данных методики С.Розенцвейга было обнаружено, что для больных с нервной анорексией характерно преобладание интрапунитивной направленности агрессии, а для пациентов с булимией — экстрапунитивной на-

правленности. Изучение идиодинамики (соотношения различных ответов в протоколах) выявило свойственное пациентам с булимией нарастание количества ответов самообвинения в первой части протоколов, наряду с параллельным увеличением ответов по типу фиксации на удовлетворении ситуативно возникающих потребностей и ответов по типу отрицания фрустрирующего характера ситуаций во второй части протоколов. Для пациентов с нервной анорексией была характерна тенденция к нарастанию реакций, направленных на удовлетворение ситуативно возникающих потребностей в первой части протоколов, и параллельное увеличение ответов, отражающих отрицание фрустрирующего характера ситуаций во второй части протоколов. Полученные особенности реагирования на ситуации социальной фрустрации пациентов с расстройствами пищевого поведения отражают общие для них нарушения регуляторных механизмов (отторгивания ситуативно возникающих потребностей) и непродуктивность компенсаторных стратегий (отрицание фрустрирующего характера переживаний). Различия между пациентами с нервной анорексией и булимией заключались в векторе переживания фрустрации: интрапунитивном в первом случае и экстрапунитивном — во втором.

Полученные результаты могут использоваться в комплексном подходе к лечению пациентов с рас-

стройствами пищевого поведения в клинике пограничных расстройств: данные клинко-психиатрического и экспериментального патопсихологического обследований позволяют наиболее точно определять терапевтические мишени, цели и задачи

для психотерапевтической и реабилитационной работы, опираясь на индивидуальные особенности когнитивных процессов, паттернов реагирования на фрустрирующие ситуации, а также на возможности и ограничения компенсаторных стратегий.

## М.Е. Баулина

Институт психологии, социологии и социальных отношений ГАОУ ВО МГПУ, Москва, Россия

# СОЦИАЛЬНАЯ ФРУСТРАЦИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

## М.Е. Baulina

Institute of Psychology, Sociology and Social Relations of the Moscow City Teacher Training University, Moscow, Russia

## SOCIAL FRUSTRATION IN INDIVIDUALS WITH EATING DISORDERS

**Актуальность.** Распространенность нарушений пищевого поведения у молодых женщин, по разным данным, составляет примерно 1-3%. От нервной анорексии и булимии страдают, в первую очередь, представители высокообеспеченных и среднеобеспеченных слоев населения. Пубертатная анорексия больше распространена в экономически развитых странах. Отмечается высокая частота случаев летальных исходов при нарушениях пищевого поведения: для нервной анорексии характерен самый высокий показатель летальности среди всех психиатрических нарушений — 4-18%. Смерть может быть вызвана метаболическими и иммунологическими осложнениями голодания, а также суицидами.

**Целью** работы являлось исследование социальной фрустрированности как комплекса переживаний и отношений личности, возникающих в ответ на действие фрустрирующих факторов.

**Материалы и методы.** Объектом данного исследования была социальная фрустрированность у лиц с нарушением пищевого поведения. Экспериментальную группу составили 23 женщины в возрасте от 20 до 40 лет, имеющие расстройства пищевого поведения типа нервной анорексии, нервной булимии или смешанную форму заболевания, проходящих лечение стационарно, либо наблюдающихся после выписки в психиатрических больницах г. Москвы. В контрольную группу испытуемых вошли 25 женщин в возрасте от 20 до 39 лет, не имеющих нарушений пищевого поведения (НПП). Для включения у них симптомов НПП, было проведено скрининговое исследование с помощью опросника EAT-26 (Eating Attitudes Test — тест отношения к приему пищи), применяющегося для первоначаль-

ной диагностики наличия симптомов расстройства пищевого поведения.

Для исследования уровня фрустрации в сферах социальных и личностных потребностей у обеих групп испытуемых были использованы следующие диагностические методики: 1) Вербальный фрустрационный тест; 2) методика «Уровень социальной фрустрированности»; 3) методика диагностики степени удовлетворения основных потребностей.

**Результаты и заключение.** Проведённое исследование показало следующие результаты:

1. У пациенток с НПП выявлены специфические показатели в сфере фрустрации социальных и личностных потребностей, причем не только в сторону увеличения фрустрации, но и в сторону её снижения.
2. У больных с НПП выявлено повышение уровня удовлетворенности своим физическим состоянием по сравнению с контрольной группой при наличии объективных нарушений здоровья (истощение, нарушение работы ЖКТ, аменорея и др.)
3. Пациентки с НПП склонны проявлять более агрессивные экстрапунитивные реакции по отношению к отцу и к посторонним людям.
4. Для больных с НПП во фрустрирующих ситуациях характерно проявление преимущественно импунитивных реакций и в меньшей степени свойственно проявление интрапунитивного направления реакций в ситуациях фрустрации по сравнению со здоровыми испытуемыми.

**В.А. Бардюркина, Е.Ю. Антохин**

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**V. Bardyurkina, E. Antohin**

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

### FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ENDOGENOUS DEPRESSION IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS

**Актуальность.** В России неуклонно растет количество больных эндогенными депрессиями и больных с нарушением пищевого поведения. Схожесть этиологических основ депрессии и ожирения обуславливает интерес к особенностям клинических проявлений эндогенных депрессий у больных с нарушением пищевого поведения.

**Цель.** Изучение клинических проявлений эндогенных депрессий у больных с нарушением пищевого поведения.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 пациентов с эндогенной депрессией в возрасте 28-65 лет, проходивших лечение в стационаре ООКПБ № 1 (основная группа — 30 женщин с избыточной массой тела (ИМТ>25); группа сравнения — 30 пациентов с нормативным весом ( $18,5 \leq \text{ИМТ} \leq 24,99$ ). Применялись клинико-психологический метод (расспрос и интервьюирование), клинико-психопатологический метод (работа с эпикризами, журналом «вес-рост», методика «определение ИМТ», клиническая шкала самоотчета SCL-90-R), статистический метод (методы описательной статистики, непараметрический критерий Манна-Уитни).

**Результаты.** В синдромальном профиле больных ЭД обеих групп преобладают показатели депрессии, а отсутствие достоверных различий по данному параметру ( $1,87 \pm 0,48$ ;  $1,73 \pm 0,75$ ;  $p > 0,05$ ) подтверждает сопоставимость групп по выраженности депрессивных тенденций. У больных с ЭД достоверно выше показатель «обсессивности-компульсивности» ( $1,5 \pm 0,68$ ;  $p < 0,05$ ), что указывает на наличие навязчивых мыслей, импульсов и действий, с осознанием их болезненности и тщетности попыток борьбы с ними. Эти мысли могут быть связаны также с пищей, желанием поесть, с невозможностью справиться с ними. Показатели по шкале «Межличностная сензитивность» также

достоверно выше в основной группе ( $1,74 \pm 0,68$ ;  $p < 0,05$ ), что указывает на выраженность чувства неполноценности, самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта. По шкале «паранойальность», которая достоверно более выражена в основной группе ( $1,16 \pm 0,7$ ;  $p < 0,05$ ), наблюдаются ощущение враждебности со стороны окружающих, подозрительности. Достоверные различия по шкале «психотизм», показатели которой достоверно выше в основной группе ( $1,06 \pm 0,68$ ;  $0,64 \pm 0,62$ ;  $p < 0,05$ ), указывают на избегающий, изолированный стиль жизни, стремление уйти от контактов. Переживания по поводу своего внешнего вида, убежденность в отрицательном отношении к людям с лишним весом в обществе, несоответствие общепринятым стандартам красоты могут определять высокую межличностную тревогу и провоцировать избегающее поведение, при этом объясняя многие жизненные трудности наличием лишнего веса. В контрольной группе свободноплавающая тревога не может объясняться за счет лишнего веса, что, вероятно, определяет ее канализацию в сферу предметных страхов: один из ведущих параметров «фобическая тревожность» достоверно выше в контрольной группе ( $1,78 \pm 0,54$ ;  $p < 0,05$ ), что характеризуется наличием стойкой реакции страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, ведущая к избегающему поведению. Статистически значимые различия по параметру «индекса GSI» (выше в контрольной группе) ( $1,49 \pm 0,46$ ;  $1,23 \pm 0,49$ ;  $p < 0,05$ ) свидетельствуют о том, что больные эндогенной депрессией с нарушениями пищевого поведения субъективно оценивают свое состояние как более тяжелое.

**Заключение.** Полученные результаты указывают на то, что в течение депрессии пищевая аддикция является отягощающим фактором, который усугубляет негативную оценку своего состояния.

**А.Н. Белотелова, Л.М. Василенко, Л.Н. Горобец**

Московский НИИ психиатрии, Москва, Россия

## ТИПОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ

**A.N. Belotelova, L.M. Vasilenko, L.N. Gorobets**

Moscow State Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

### TYPOLOGY OF FOOD BEHAVIOR IN INSANE PATIENTS DURING THE PROCESS OF SECOND GENERATION ANTIPSYCHOTICS THERAPY

**Актуальность:** нарушения аппетита, рациона питания и повышение массы тела приобрели у пациентов с психическими расстройствами массовый характер и стали одной из актуальных проблем современной психиатрии. Согласно одной из классификаций, принято выделять три типа нарушений пищевого поведения (НПП): экстернальное, эмоциональное и ограничительное (Савчикова Ю.А., 2005). Внедрение в практику антипсихотиков второго поколения (АВП) способствовало резкому увеличению частоты и разнообразия НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ расстройств. Учитывая важность и практическую ценность научных работ прикладного характера по изучению фактора питания у психически больных, нам представляется весьма актуальным комплексное исследование пищевого поведения больных шизофренией в процессе лечения АВП.

**Цель исследования:** установление частоты встречаемости и анализ типологических особенностей пищевого поведения у больных шизофренией при терапии АВП.

**Материалы и методы исследования:** выборку составили 56 пациентов с диагнозом шизофрения и шизоаффективное расстройство, средний возраст —  $28 \pm 4,5$  лет, из них 48 женщин и 8 мужчин, в процессе терапии рисперидоном, кветиапином и оланзапином. Исследование включало клинико-anamnestический, эндокринологический методы и тестирование стереотипа пищевого поведения (ПП) с помощью специального опросника пищевого поведения DEBQ (TheDutchEatingBehaviorQuestionnaire). У всех обследованных пациентов были выявлены избыточная масса тела или ожирение: избыточная масса тела 1 степени у 18 пациентов (ИМТ до  $30 \text{ кг/м}^2$ ) и ожирение 2-3 ст. — у 38 больных (ИМТ более  $30 \text{ кг/м}^2$ ). Полученные результаты обрабатывались с помощью статистической программы «Statistica» версия 7.

**Результаты:** сравнительный анализ частоты встречаемости у больных данной выборки каждого типа НПП показал, что ЭксТНПП доминировал у подавляющего большинства пациентов, а ЭмцТНПП и ОгрТНПП наблюдались у половины обследуемых. Для уточнения влияния антропометрических параметров на частоту и степень выраженности НПП пациенты были разделены на две группы: в первую вошли больные с ИМТ до  $30 \text{ кг/м}^2$ , вторую составили лица с ИМТ более  $30 \text{ кг/м}^2$ . Особенности проявлений НПП у больных с ИМТ более  $30 \text{ кг/м}^2$  являлось сочетание ЭксТНПП и ЭмцТНПП и наличие одновременно 3-х типов НПП. Экстернальный тип НПП имел определенную зависимость от величины ИМТ пациентов: чем выше ИМТ, тем глубже выраженность ЭксТНПП. Данные тестирования позволяют с большой долей вероятности говорить о наличии фармакогенного влияния на степень выраженности НПП у психически больных. Терапия рисперидоном и кветиапином может оказывать некоторое стимулирующее влияние на выраженность эмоционального типа НПП у больных. Терапия оланзапином может способствовать снижению глубины проявлений ограничительного типа НПП. Были выявлены взаимосвязи между степенью ожирения пациентов, с одной стороны, а также частотой и глубиной выраженности конкретного типа НПП, с другой.

**Заключение.** В результате проведенного исследования были сделаны выводы о том, что при выборе тактики ведения пациентов, находящихся на терапии АВП, целесообразно учитывать особенности проявлений и ведущий тип нарушений ПП (НПП). Подбор и смена препаратов для противорецидивной терапии основного заболевания должны проводиться с учетом доминирующего типа НПП и степени его выраженности у больного.



**В.Э. Медведев<sup>1</sup>, Ю.Е. Горбунов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии  
Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН,  
Москва, Россия

<sup>2</sup> — Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы,  
Москва, Россия

**СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ  
ПРИ СЕЗОННОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ****V.E. Medvedev, U.E. Gorbunov**

<sup>1</sup> — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology,  
People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Psychiatric Hospital № 13, Moscow, Russia

**SOMATOVEGETATIVE SYMPTOM COMPLEX  
IN SEASONAL AFFECTIVE DISORDER**

**Актуальность.** Эпидемиологические данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости депрессий с сезонным (осенне-зимним) типом течения (САР). В популяции этот показатель (по данным исследований, проведенных в Европе и Северной Америке различными методами, включая телефонные опросы) варьирует от 12,8% до 29,1%.

**Цель** исследования — клинический анализ сезонных осенне-зимних депрессий в аспекте условий формирования, типологии, терапии и профилактики.

**Материалы и методы.** Клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое (длительность катамнеза 1–3 года) и психометрическое обследование 97 больных (21 мужчина, 76 женщин) с САР.

**Результаты.** Для сезонных депрессий, вне зависимости от их клинической структуры, характерно преобладание соматовегетативных расстройств. Выделено два типа САР: с гиперстезическим (59,8%) и с анестетическим соматовегетативными комплексами (40,2%). При САР с гиперстезическим соматовегетативным комплексом гиперсомния с удлинением ночного сна на 3 и более часа в сравнении с эутимическим сопровождается повышенной сонливостью в течение всего дня (утренняя вялость, дневная сонливость). Гиперфагия сочетается с повышенным употреблением калорийной и быстроусваиваемой пищи, что приводит к увеличению массы тела более 5% от исходного. Повышенная метеочувствительность реализуется, даже при незначительных колебаниях погодных, температурных и инсоляционных параметров, изменениями интенсивности аффективных проявлений. Сомато-

вегетативный комплекс сочетается с другими проявлениями патологии соматопсихики (полиморфные алгии, функциональные расстройства пищеварения, кровообращения, колебания артериального давления). Собственно гипотимическая составляющая реализуется астено-апатической симптоматикой с явлениями эмоциональной лабильности и дисфорией. Выраженность аффективных нарушений минимизирована до субсиндромального уровня или соответствует средней степени тяжести (14–23 балла по шкале HAM-D). Преобладает биполярный тип динамики: чередование осенне-зимних депрессий по типу «клише» с весенне-летними гипоманиями. Длительность депрессий не превышает 4 месяцев.

При САР с анестетическим соматовегетативным комплексом в соматопсихической сфере на первом месте по частоте встречаемости — феномены *анестезии* (78%): потери чувства сна, голода, вкусовых ощущений. Диссомния характеризуется искажением восприятия продолжительности сна или полным отсутствием чувства сна с утратой ощущения отдыха, свежести после пробуждения, стертостью границ между сном и бодрствованием. Нарушения аппетита характеризуются утратой чувства голода и насыщения. Расстройства сна при соматовегетативном синдроме с *отчуждением* витальных влечений (22%) носят характер тотальной инсомнии и выражаются в утрате потребности во сне с полной бессонницей, либо резким сокращением (до 2–3 часов в сутки) ночного сна. Нарушения аппетита характеризуются утратой потребности в насыщении, полной редукцией чувства голода вплоть до отвращения к пище (28%), со значительным снижением массы тела (более 5% от исходной). Соматические

проявления депрессии сосуществуют с разнообразными астено-вегетативными нарушениями (97%). В 95% случаев клиническая картина депрессии дополняется патологическими телесными ощущениями круга конверсий, парестезий, полиморфных алгий и сенестопатий, а также тревожно-фобической и ипохондрическим симптоматикой. По продолжительности депрессии достигают 9 месяцев. Преоб-

ладает монополярный тип динамики (89%) с нарастанием тяжести психопатологических расстройств, увеличением продолжительности фаз, снижением качества ремиссий.

**Заключение.** В клинической картине САР доминируют гетерогенные соматовегетативные расстройства.

**Е.В. Жинжило, Н.В. Слепкина, Ю.С. Худина, М.Н. Дмитриев**

Кафедра психиатрии, ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

## НЕКОТОРЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СДВГ И КОМОРБИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У СТУДЕНТОВ

**E.V. Zhinzilo, N.V. Slepikova, J.S. Khudina, M.N. Dmitriev**

Department of psychiatry, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

## SOME CRITERIA OF DIAGNOSTICS OF SYNDROME OF ADHD AND COMORBIDE IMPLICATIONS AT STUDENTS

**Актуальность:** синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) по МКБ-10 относится к кластеру F90-F99 (эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте), включает в себя различные клинические варианты. Современные литературные источники подтверждают наличие СДВГ у взрослых. Проблема зрелых личностей с симптомами СДВГ актуальна по социальным, медицинским, юридическим критериям. Отличительной чертой у таких людей является неспособность к организации правильного режима труда и отдыха. Тем более что ряд критериев СДВГ схож с проявлениями аффективной патологии, которая стала чрезвычайно распространена у молодежи.

**Цель:** в связи с вышеизложенным, целью исследования являлось выявление признаков СДВГ у студентов, его связь с аффективными нарушениями, и субъективная оценка качества жизни.

**Материалы и методы:** проводили анонимное добровольное анкетирование 130 студентов различных ВУЗов Ростова-на-Дону, из них 96 девушек и 34 юноши в возрасте от 19 до 25 лет. Поведенческие и психические нарушения выявляли по стандартизированному тест-опроснику ADHD-RS для оценки СДВГ у подростков и взрослых; признаки мании — по шкале мании Янга (YMRS); признаки тревоги и собственно депрессии — по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты:** утвердительные ответы по шкале «дефицит внимания» тест-опросника ADHD-RS в различных степенях выраженности выявили у 111 испытуемых (И) (85% от общего количества), из них 84 девушки (Д) и 27 юноши, что составило (87,5% и 79% от соответствующих гендерных групп). По шкале «двигательное беспокойство» диагностически значимые результаты установили у 113 И (87% от общей выборки), из которых распределение по гендерному признаку составило у Д 89,6% и Ю 79%.

По шкале YMRS признаки гипомании/мании обнаружили у 40 И (30,8% выборки), из них Д составляли 24% и Ю 38% от гендерной выборки.

По шкале HADS значимые нарушения диагностировали у 68 И (52%), из них Д составили 54% и 16 Ю 47%. Отдельные проявления аффекта, а именно: тревога, как моносимптом, была выявлена у 34 И (26%), из них 31 Д (32%) и 3 Ю (8,8%); депрессия, как моносимптом, была выявлена у 13 И (10%), из них 9 Д (9%) и 4 Ю (11,8%); суммарное наличие тревоги и депрессии были выявлено у 21 И (16%), из них 12 Д (12,5%) и 9 Ю (26,5%). Коморбидность диагностических критериев СДВГ, гипомании и тревоги была выявлена у 14 И (11%), из них 12 Д (12,5%) и 2 Ю (6%). Коморбидность диагностических критериев СДВГ, гипомании и депрессии была выявлена у 1 И (0,8%), это 1 Ю (3%). Коморбидность критериев СДВГ, гипомании, тревоги и депрессии была выявлена у 13 И (10%), из них 5 Д (5%) и 8 Ю (23,5%).

**Заключение.** У значительного числа студентов обнаружили поведенческие отклонения, отвечающие

диагностическим критериям СДВГ, коррелирующие с аффективными нарушениями.

**Е.В. Жинжило, Н.В. Слепкова, Ю.С. Худина**

Кафедра психиатрии, ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

## АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ СДВГ

**E.V. Zhinzhiro, N.V. Slepikova, J.S. Khudina**

Department of psychiatry, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

## ANAMNESTIC FEATURES AT STUDENTS WITH CRITERIA OF DIAGNOSTICS OF ADHD

**Актуальность:** в литературе описано формирование синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) как различное множество факторов: наследственность, ранее повреждение головного мозга, неспецифические «стрессовые» факторы. В связи с отсутствием понимания данного синдрома как единого заболевания с высокой распространенностью и разнообразием клинических проявлений, этот вопрос, безусловно, является одним из актуальных в современной психиатрии.

**Цель:** в связи с вышеизложенным, целью исследования являлось изучение анамнестических особенностей у студентов с различными критериями диагностики СДВГ.

**Материалы и методы:** методом добровольного анонимного анкетирования были изучены поведенческие и психические отклонения в состоянии здоровья 130 студентов. Анкетирование осуществляли по стандартизированному тест-опроснику для подростков и взрослых ADHD-RS с применением анамнестического исследования.

**Результаты:** Анализ ответов ADHD-RS позволил выявить у респондентов (Р) изменения в двух подшкалах: «дефицит внимания» (ДВ) и «двигательное беспокойство» (ДБ). ДВ в различной степени выраженности был отмечен у 111 Р (85% от общего количества). ДБ было выявлено у 113 Р (87%). Анализ анамнестических сведений показал, у опрошенных с критериями диагностики СДВГ семьи были полными с биологическими родителями (101 Р — 77,7%). Отягощенный анамнез носил исключительно соматический характер и оказался представлен следующими заболеваниями: сердечно-сосудистые заболевания — 40 Р (30,8%), сахарный диабет — 25 Р (19,2%), онкологические заболевания — 7 Р

(5,4%), заболевания опорно-двигательного аппарата — 4 Р (3%), офтальмологические заболевания 3 Р (2,3%), бронхиальная астма — 3 Р (2,3%), аллергически отягощенный анамнез — 3 Р (2,3%). Вегетативные проявления в виде частых головных болей, метеозависимости, сонливости, агрессивности, эмоциональные колебания, снижение работоспособности отметили 68Р (52%). 17 Р (13%) подтвердили наличие у них в анамнезе травматического поражения головного мозга. 12 Р (9,2%) перечислили следующие имеющиеся у них хронические заболевания: аллергия 9 Р (7%), гипотиреоз 2 Р (1,5%), сахарный диабет 1 Р (0,75%). Неоднозначным оказался вопрос о жестоком обращении в семье. 27 Р (20,7%) подвергались жестокому обращению: телесному травмированию — 6 Д (6,25% от гендерной группы) и 10 Ю (29,4% от гендерной группы), психологическому травмированию — 8 Д (8,3%) и 3 Ю (8,8%).

**Заключение.** Данное исследование подтвердило наличие различных анамнестических особенностей у студентов с характерными для диагностики СДВГ критериями. Поведенческие отклонения, отвечающие диагностическим критериям СДВГ, были выявлены у подавляющего количества респондентов. Практически аналогичное большинство опрошенных воспитывались в семьях с 1-м или 2-мя биологическими родителями. Студенты категорически исключали возможность наличия психических заболеваний в семейном анамнезе, что лишнее подчеркивало проблему стигматизации психиатрии, как науки. Проявления, характерные для вегетативной нервной системы отметил каждый второй опрошенный. Практически каждый десятый респондент имел травматическое поражение головного мозга. Каждый пятый подвергался жестокому обращению в семье.

**В.Д. Менделевич**

Казанский государственный медицинский университет,  
Казань, Россия

## СОМНИЧЕСКАЯ АНГЕДОНИЯ: НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СНОМ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

**V.D. Mendelevich**

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

## SOMNIC (SLEEP) ANHEDONIA: DISSATISFACTION WITH THE SLEEP AS PSYCHOSOMATIC PROBLEM

**Актуальность.** Традиционные представления об ангедонии включают понятия физической, социальной и интеллектуально-эстетической форм. Физическая ангедония подразумевает снижение или утрату позитивного восприятия и привлекательности стимулов, связанных с органами чувств (звуками, цветом, вкусом, запахом, тактильными ощущениями), с отсутствием приятного ощущения «мышечной радости» и расслабленности. Социальная ангедония включает снижение или отсутствие переживания удовольствия и радости от общения с людьми, от положительной оценки личности окружающими, привлекательности материальных стимулов, карьерного роста. Интеллектуально-эстетическая ангедония характеризуется утратой привлекательности любимых видов искусства, увлечений, а также утратой потребности в познании.

В данном ряду особое место занимает ангедония, связанная с процессом сна и названная нами сомнической. Данная форма не отнесена ни к одной из разновидностей ангедонии, несмотря на то, что в клинической картине присутствуют неотъемлемые для данного феномена критерии — снижение и утрата удовольствия. Возможно, это связано с тем, что под ангедонией понимается процесс утраты или снижения удовольствия в случаях, когда объективно это удовольствие человек может и должен испытывать. В классических случаях ангедония — это невозможность испытывать положительные эмоции от фактически положительных стимулов. При физической ангедонии речь идет об утрате позитивного восприятия приятных для восприятия стимулов — объективно вкусной пищи, ароматного запаха, благовидного цвета, нежных тактильных ощущений.

В случае же с удовольствием от количества и качества сна мы имеем дело с крайне субъективным

феноменом. Невозможно доказать и опровергнуть, какая именно длительность и глубина сна является желанной и приятной. Возможно, поэтому сомническая форма ангедонии и не выделена, а феномен «неудовлетворительность продолжительностью и качеством сна» отнесен по МКБ-10 к расстройствам в рубрике «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» в разделе расстройств сна неорганической этиологии (F51).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 37 пациентов (35 женщин и 2 мужчин в возрасте от 27 до 57 лет) с признаками клинической бессонницы.

**Результаты.** Пациенты предъявляли жалобы на «некачественность сна», «отсутствие свежести и радости после пробуждения». Отмечалось негативное отношение к родственникам, демонстрировавшим ироничное отношение к «гиперболизированным» жалобам пациентов. При этом у обследованных не регистрировались классические инсомнические симптомы: нарушения процесса засыпания, ночных кошмаров или раннего пробуждения. В иерархии ценностей пациентов сон занимал одно из первых мест. Пациенты были убеждены, что «некачественный сон был способен вызвать серьезные заболевания».

**Заключение.** Анализ клинических случаев позволяет утверждать, что помимо других форм ангедонии обоснованно выделить и сомническую. Можно предполагать, что сомническая ангедония базируется на психосоматических или личностных механизмах. Вопрос о «нозологической» специфичности данного феномена требует специального изучения. Однако несомненно, что в его происхождении важную роль может играть депрессивный компонент.

**А.А. Прибытков**

Пензенский институт усовершенствования врачей,  
г. Пенза, Россия

## ЗНАЧЕНИЕ СТРЕССА И КОГНИТИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

**A.A. Pribytkov**

Penza institution of advanced medical studies, Penza, Russia

## THE MEANING OF STRESS AND COGNITIVE FEATURES AT SOMATOFORM DISORDERS

**Актуальность.** Соматоформные расстройства (СФР) характеризуются стойкими симптомами соматического неблагополучия, не находящими объяснительных органических причин.

**Цель исследования:** изучение механизмов психологической защиты, копинг-стратегий, уровня стрессовой нагрузки больных СФР.

**Материалы и методы.** Исследовано 34 пациента с диагнозом соматоформное расстройство. Контрольная группа — 40 человек без психических нарушений. Методики исследования: «Индекс жизненного стиля», «Стратегии совладающего поведения», шкала стрессовых событий Холмса-Рея. Оценка статистической значимости: критерий Манна-Уитни, точный тест Фишера.

**Результаты.** Общая напряженность психологических защит в группе больных СФР составила  $35,9 \pm 11,9$ , что не превышает порогового значения в 50 баллов и говорит об отсутствии значимых неразрешенных внутренних или внешних конфликтов. Статистически значимых различий между группами по данному показателю не выявлено ( $p=0,06$ ). Анализ по каждому из механизмов защиты показал значимые различия по 4 из них — реактивные образования, вытеснение, компенсация, отрицание ( $p<0,05$ ). В группе больных СФР чаще, чем здоровыми лицами использовался неадаптивный механизм защиты по типу реактивных образований. Такие механизмы как компенсация, отрицание и вытеснение были менее актуализированы и использовались пациентами реже, чем здоровыми. Можно предположить, что активное применение неадаптивной стратегии и недостаточное использование перечисленных психологических защит способствует развитию и стойкости СФР.

Выявлена значимая разница ( $p<0,05$ ) по следующим копинг-стратегиям: дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, положитель-

ная переоценка. Указанные стратегии больными использовались реже, чем в контрольной группе. По остальным копинг-стратегиям (конфронтация, бегство-избегание, дистанцирование, поиск социальной поддержки) различий не найдено ( $p>0,05$ ). Низкий уровень использования ряда копинг-стратегий позволяет предположить, что при СФР основное значение имеет недостаточное применение функциональных способов совладания, неспособность правильно реагировать и справляться с ситуациями стресса.

У 64% больных и 75% здоровых лиц отмечался высокий уровень стрессовой нагрузки ( $>150$  баллов по шкале Холмса-Рея). Различия не имели статистической значимости ( $p=0,1$ ). При опросе 85,3% больных СФР субъективно оценили стрессовую нагрузку как «высокую» или «очень высокую». В контрольной группе такая оценка отмечена лишь у 32,5% лиц ( $p<0,05$ ).

Отсутствие значимых различий уровня стресса у больных СФР и здоровых лиц (по шкале Холмса-Рея) свидетельствует о том, что стрессовые события не являются определяющим фактором в развитии СФР. Сочетание сходной стрессовой нагрузки и значимых различий между субъективной оценкой тяжести стресса позволяют предположить, что играет роль не факт наличия психотравмирующих влияний, а недостаток у больных СФР возможностей для совладания со стрессовыми ситуациями.

**Выводы.** В развитие СФР вносит вклад применение неадаптивных механизмов психологической защиты и слабое использование функциональных способов совладания со стрессовыми ситуациями. Указанные особенности способствуют развитию психопатологических нарушений даже при невысоком уровне стрессовой нагрузки. Выявленные закономерности возможно использовать для оптимизации психотерапевтической помощи больным СФР.



**Н.Э. Бабаджанова**

Ташкентская Медицинская Академия,  
Ташкент, Узбекистан

## ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ

**N.E. Babadjanova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

### PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH NEURODYSTONIA AND POSSIBILITY OF THEIR CORRECTION

**Цель исследования** — изучение психовегетативных особенностей больных нейроциркуляторной дистонией (НЦД) и коррекция выявленных нарушений с помощью препарата адаптол.

**Материал и методы.** Наблюдали 62 больных, страдающих НЦД, средний возраст составлял  $22 \pm 3,7$  года. Пациенты после установления диагноза получали адаптол. Адаптол относится к небензодиазепиновым анксиолитикам и обладает умеренной анксиолитической активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. При этом анксиолитический эффект препарата не сопровождается сонливостью, миорелаксацией и нарушением координации движений. Адаптол не вызывает привыкания и синдрома отмены, поэтому курс лечения может составлять от нескольких дней до 2—3 мес. Препарат не снижает умственную и двигательную активность, поэтому адаптол можно применять перед началом и в течение рабочего дня. Для оценки эффективности терапии использовались общепринятые клинические методы исследования, проводились измерения АД, оценивались данные электрокардиограмм и функциональных проб с физической нагрузкой до и после лечения. При поступлении в стационар пациенты жаловались на общую слабость — 27 (73%), головокружение — 21 (56,8%), повышенную утомляемость — 29 (78,4%), нарушение сна (бессонницу, трудности при засыпании) — 7 (18,9%), плохое самочувствие в транспорте (головокружение, тошнота, головная боль) — 8 (21,6%), кардиалгию — 13 (35,1%), расстройства желудочно-кишечного тракта (диарея, запор, эпизодические мигрирующие боли

в эпигастрии и кишечнике, вздутие живота, отрыжка) — 15 (40,5%). У всех пациентов отмечалось снижение АД. Так, уровень систолического АД колебался в пределах  $92 \pm 10$  мм рт. ст., диастолического —  $72 \pm 8$  мм рт. ст. Частота пульса колебалась от 68 до 100 ударов в минуту. Данные лабораторно-инструментальных исследований подтвердили отсутствие органических изменений во внутренних органах.

**Результаты.** После проведенного лечения, по результатам клинического наблюдения, у пациентов была отмечена позитивная динамика: уменьшились симптомы астенического синдрома, уровень АД повысился в среднем на  $15 \pm 3$  мм рт. ст., частота пульса снизилась на  $13 \pm 2$  ударов в минуту, субъективное улучшение самочувствия отмечалось на 5-10 день приема адаптола. В конце лечебного процесса наличие жалоб распределилось соответствующим образом: общая слабость — 4 (10,8%), головокружение — 2 (5,4%), повышенная утомляемость — 4 (10,8%), нарушение сна — 1 (2,7%), плохое самочувствие в транспорте — 2 (5,4%), наличие кардиалгии — 1 (2,7%), расстройства желудочно-кишечного тракта — 3 (8,1%).

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенного лечения с использованием препарата адаптол, зарегистрирована положительная динамика показателей уровня АД, пульса и улучшение субъективного самочувствия пациентов. Вышеприведенные данные свидетельствуют о выраженном положительном эффекте лечения пациенток с использованием адаптола. Поэтому применение данной терапии у больных с гипотонической формой НЦД является целесообразным.

# ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**И.С. Васильева, В.В. Резван**

ГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»,  
кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, Москва, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАУРИНА

**I.S. Vasilieva, V.V. Rezvan**

Sbei HPE "First Moscow state medical University. I.M. Sechenov",  
Department of hospital therapy № 2 of medical faculty, Moscow, Russia

## PSIHOSOMATICHESKOY STATUS OF PATIENTS WITH POSTINFARCTION CARDIOSCLEROSIS WHEN INCLUDED IN COMPLEX TREATMENT TAURINE

**Актуальность.** Поиск лекарственных средств, способствующих улучшению метаболических процессов в миокарде после перенесенного инфаркта миокарда является перспективным направлением фармакотерапии стенокардии напряжения и постинфарктного кардиосклероза (ПИК). Одним из таких препаратов является таурин, который выпускается в виде таблеток «Дибикор» в двух дозировках, содержащих 250 и 500 мг таурина. Спектр действия таурина обусловлен его метаболической природой и регулирующим воздействием этого соединения на функциональное состояние органов и систем организма, а также различные виды обмена веществ. Однако сообщения о возможности его применения у больных ПИК не систематизированы, не оценено влияние таурина на субъективное восприятие заболевания, в частности, частоту жалоб и показатели качества жизни пациентов.

**Цель исследования** — оценка эффективности применения в комплексном лечении больных постинфарктным кардиосклерозом.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 больных — 38 мужчин и 22 женщины (средний возраст  $60,2 \pm 14,3$  года) с признаками ПИК и стенокардии напряжения II и III функционального класса. Пациенты были распределены на две группы методом блочной рандомизации: основную группу составили 30 пациентов, которым к стандартной терапии добавляли таурин (Дибикор, 750 мг/сут); группу сравнения — 30 пациентов, которые получали стандартную терапию и плацебо.

До начала исследования, через 3 месяца (после окончания фармакотерапии) и через 6 месяцев от начала исследования, выполняли оценку клинического состояния пациентов, в том числе результаты холтеровского мониторирования и эхокардиографии, анализ показателей качества жизни.

Учитывали жалобы пациентов на утомляемость, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку и боль в сердце. Для каждой жалобы пациент выставлял оценку по пятибалльной шкале от 0 (не беспокоит) до 5 (сильно беспокоит). Для оценки качества жизни пациентов применяли Сиеатлский опросник.

**Результаты.** Установлено, что клиническая эффективность таурина у больных ПИК при ежедневном приеме 750 мг в течение 3 месяцев подтверждается более значимыми (по сравнению с группой «плацебо») изменениями показателей субъективного статуса (уменьшением выраженности утомляемости в 2 раза, снижением интенсивности жалоб на сердцебиение на 72,3%, уменьшением выраженности одышки на 30,0% и более в области сердца на 50% по сравнению с исходным уровнем). Отмечено улучшение данных инструментального исследования: снижение частоты нарушений сердечного ритма (уменьшение количества желудочковых экстрасистол на 45%, уменьшение частоты наджелудочковых нарушений ритма сердца на 56,9%), изменение эхокардиографических показателей — увеличение фракции выброса.

Выявленные изменения клинических и инструментальных показателей у больных сохраняются в течение 3 месяцев после окончания приема таурина.

У обследуемых пациентов с признаками ПИК после приема таурина в течение 3 месяцев отмечается значимое повышение показателей качества жизни по большинству шкал Сизтлского опросника, со-

храняющееся в течение 3 месяцев после окончания лечения и достоверно превышающее значения показателей группы «плацебо».

**Заключение.** Таурин в суточной дозе 750 мг рекомендуется добавлять к стандартной терапии больных со стенокардией напряжения на фоне постинфарктного кардиосклероза.

## Н.Т. Вату́тин, М.А. Хри́стиченко

Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького,  
Донецк, Украина

# БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА У ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

## N.T. Vatutin, M.A. Khristichenko

Donetsk National Medical University n.a. M. Gorkiy, Donetsk, Ukraine

# SAFETY OF BUSPIRONE HYDROCHLORIDE IN PATIENTS WITH MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER AND CHRONIC HEART FAILURE

**Цель:** оценить безопасность применения анксиолитика буспирона гидрохлорида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 50 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии (26 мужчин и 24 женщины, средний возраст  $67,7 \pm 2,6$  г). Критерии включения: адекватная медикаментозная терапия ХСН и ишемической болезни сердца (ИБС), рекомендованная действующими руководствами, добровольное согласие больного. Критерии исключения: органические расстройства личности, выраженные нарушения когнитивных функций, прием антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов, декомпенсация ХСН или дестабилизация ИБС в течение 1 мес. до включения, тяжелая сопутствующая патология, алкогольная и наркотическая зависимость. Наличие СТДР определялось при помощи опросников HADS, Спилбергера-Ханина и Бека. Методом генерации случайных чисел пациенты были разделены на подгруппы А и В: паци-

ентам подгруппы А (n=25) — в дополнение к стандартной терапии ХСН и ИБС назначался буспирона гидрохлорид в стартовой дозе 15 мг/сут в 3 приема с постепенным в течение 2 нед. повышением дозы до эффективной (30 мг/сут), пациенты подгруппы В (n=25) — получали стандартную терапию ХСН и ИБС. Общая продолжительность лечения/наблюдения составила 3 мес. Регистрация побочных эффектов происходила на протяжении всего периода лечения.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0 for Windows. Для проверки распределения на нормальность применялся критерий W Шапиро-Уилка. Достоверность различий определялась с помощью критерием Стьюдента, Манна-Уитни. Во всех случаях проверки гипотез различия считались статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Препарат хорошо переносился: все пациенты прошли полный курс лечения, один из них (4%, 95% ДИ: 0,0%-15,7%) отметил легкую тошноту

через 30-60 мин после приема буспилона гидрохлорида на этапе титрования дозы, которая не потребовала отмены препарата и самостоятельно исчезла через 10 дней лечения; еще одна (4%, 95% ДИ: 0,0%-15,7%) больная предъявляла жалобы на незначительную сонливость. Каких-либо побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе

и описанных в инструкции к препарату, у наблюдаемых нами пациентов не было.

**Заключение.** Применение буспилона гидрохлорида с целью нормализации психоэмоционального статуса больных с ХСН ишемической этиологии и СТАР является безопасным.

**С.И. Садикова, С.Х. Джалилова**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**S.I.Sadikova, S.Kh. Djalilova**

The Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

## CORRECTION OF PSYCHOSOMATIC FRUSTRATION AT CHRONIC WARM INSUFFICIENCY

**Актуальность.** Известно, что психосоматические расстройства осложняют течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) и влекут за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижают качество жизни этих больных; приводят к повышению смертности, в том числе и внезапной; повышают риск суицидов; увеличивают количество и продолжительность госпитализаций; способствуют снижению профессионального статуса; приводят к раннему выходу на инвалидность.

**Целью** исследования явилось выявление эффективности коррекции препаратом флувоксамин психосоматические расстройства, которые выявлены при хронической сердечной недостаточности.

**Материалы и методы.** Для исследования были взяты 39 больных из отделения кардиологии и общей неврологии — 2 Ташкентской Медицинской Академии, наблюдаемые в течение 10 дней стационарного лечения, с заболеванием сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь (ГБ), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), аритмическая форма ИБС), осложнённые ХСН, страдающие от основного заболевания более 5 лет. Для верификации ХСН брали показатели эхокардиографии фракции выброса, а для определения уровня депрессии применяли тест Цунга до лечения и после лечения. Согласно результатам теста Цунга все больные были распределены на 3 группы: I группа 15 больных (38,5%), у которых

выявилась лёгкая ситуативная депрессия; II группа 11 больных (28,2%), у которых выявилась субдепрессивное состояние; III группа 13 больных (33,3%), у которых выявили истинную депрессию. Во всех трех группах для коррекции психосоматических расстройств применялся препарат флувоксамин, являющийся антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Дозу препарата подбирали в зависимости от уровня депрессии. Для I группы по 50 мг в день, для II группы по 100 мг в день, для III группы по 150 мг в день.

**Результаты** исследования. В первой группе с лёгкой ситуативной депрессией после лечения флувоксамином по 50 мг в день повторное проведение теста Цунга показало, что у 13 больных диагностировалось состояние без депрессии, у двух больных без изменения (1 больной с ГБ III стадии, 1 больной с ИБС ПИКС). Во второй группе больных после лечения флувоксамином по 100мг в день повторное проведение теста Цунга показало, что у 5 больных состояние перешло в лёгкую ситуативную депрессию, у 4 больных определилось состояние без депрессии, у 2 больных без изменений. В третьей группе после лечения флувоксамином в дозе 150 мг в день повторное проведение теста Цунга показало, что у 11 больных истинная депрессия перешла в субдепрессивное состояние; у 2 больных без изменений. В общей сложности у 33 больных (84,6%) наблюдалось улучшение состояния, у 6 больных (15,4%) состояние без изменений.

**Заключение.** Отмечена эффективность флувоксамина при лечении психосоматических расстройств у больных с ХСН в зависимости от уровня депрес-

сии и дозы препарата. Таким образом, флувоксамин может быть рекомендован к применению в комплексной терапии ХСН.

**Е.В. Гушанская<sup>1,2</sup>, Э.Е. Федин<sup>2</sup>, О.В. Москалева<sup>3</sup>, М.П. Ильин<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии  
Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН,  
Москва, Россия

<sup>2</sup> — ГБУЗ Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

<sup>3</sup> — ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского г. Москвы, Москва, Россия

## ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДУЛОКСЕТИНА И ПРЕГАБАЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ

**E.V. Gushanskaya<sup>1,2</sup>, E.E. Fedin<sup>2</sup>, O.V. Moskaeva<sup>3</sup>, M.P. Ilyin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology,  
People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Psychiatric Hospital № 13, Moscow, Russia

<sup>3</sup> — Psychiatric Clinical Hospital № 3, Moscow, Russia

## COMBINED USE OF DULOXETINE AND PREGABALINE IN IDIOPATHIC PAIN MANAGEMENT

**Актуальность.** В настоящее время понятие «идиопатическая боль» объединяет множество болевых синдромов при различных болезненных состояниях, в которых «первичность» боли, т.е. ее независимость от активности болевых рецепторов, является главным признаком. Такая боль возникает при патологии отделов как периферической, так и центральной нервной системы, осуществляющих контроль ноцицепции. Важной характеристикой идиопатической боли является ее плохой ответ на традиционную анальгетическую терапию нестероидными противовоспалительными средствами, однако около 60% больных получают именно такое лечение. Таким образом, в большинстве случаев терапия идиопатической боли оказывается неадекватной и малоэффективной.

**Цель исследования:** изучение эффективности Прегабалина и Дулоксетина в лечении идиопатической боли.

**Материалы и методы.** В течение 3 лет наблюдались 23 больных с идиопатической болью различного происхождения, из которых 6 человек получали монотерапию Прегабалином, 12 человек комбинированную терапию Прегабалином и Дулоксетином и 5 — монотерапию Дулоксетином. Терапия проводилась в течение 8 недель. Для оценки динамики

изменения боли и эффективности терапии применялся опросник Мак-Гилла и шкала RPI; оценка проводилась в начале терапии, на 4 и 8 неделе.

**Результаты.** В конце 8-недельного курса терапии снижение интенсивности боли на 34% по сравнению с первоначальным уровнем наблюдалось у 50% больных, получавших монотерапию Прегабалином в дозе 300-600 мг в сутки и на 28% у 40% больных, получавших монотерапию Дулоксетином в дозе 60 мг в сутки. При этом более существенное улучшение по этим шкалам наблюдалось в случае применения комбинированной терапии Дулоксетином (60мг) и Прегабалином (300-600мг в сут): уменьшение интенсивности боли на 53% у 58,3% больных после 8-недельного курса терапии. Нерезко выраженные побочные явления в виде тошноты, изжоги, сонливости в течение дня наблюдались у 58,3% пациентов и не требовали коррекции и отмены препаратов.

**Вывод.** При лечении идиопатической боли Дулоксетин и Прегабалин представляют собой эффективную и безопасную альтернативу традиционным нестероидным противовоспалительным средствам и обладают более выраженным анальгетическим эффектом при комбинированном назначении в стандартных терапевтических дозах.



**О.Н. Терещенко<sup>1</sup>, Н.В. Кост<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>2</sup>, Н.Ф. Мясоедов<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> — Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПКМР Медицинского института РУДН, Москва, Россия

<sup>3</sup> — ФГБУН Институт молекулярной генетики РАН, Москва, Россия

## КУПИРОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕПТИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ СЕЛАНК\*

**O.N. Tereshchenko, N.V. Kost, V.E. Medvedev, N.F. Myasoyedov**

<sup>1</sup> — Mental Health Research Center, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Peoples Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>3</sup> — Institute of Molecular Genetics, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

## THERAPY OF ANXIETY DISORDERS IN GENERAL PRACTICE BY PEPTIDE PREPARATION SELANK

**Актуальность.** Тревожные расстройства снижают функциональные возможности больных на личностном, физическом и социальном уровнях, тем самым оказывая влияние на качество жизни и инвалидность. Терапия тревожных расстройств в общей медицинской практике остаётся актуальной проблемой.

В настоящее время для купирования тревоги в основном используются бензодиазепиновые транквилизаторы, которые часто оказывают отрицательное побочное действие в виде седации, миорелаксации, развитие толерантности и синдрома отмены.

Накоплены данные о роли биологического регулятора пептидного происхождения Селанк, который принимает участие в патогенезе тревожных расстройств и их соматических проявлений.

**Цель** исследования: изучение эффективности и переносимости Феназепама, Селанка и комплексной терапии пептидом Селанк и Феназепамом у пациентов с тревожными расстройствами (тревожно-фобические, тревожно-ипохондрические, соматизированные) в общей медицинской сети.

**Материалы и методы.** Сравнительное исследование проведено у пациентов (n=100) психоневрологического отделения Психиатрической больницы № 13 и кардиологическом, терапевтическом и поликлиническом отделениях городской клинической больницы № 71 г. (ГКБ им. М.Е.Жадкевича) г. Москвы.

**Результаты.** Доля респондеров по установленным в исследовании критериям к 14 дню терапии соста-

вила 23% при терапии Феназепамом и 40% — на фоне комплексной терапии ( $\chi^2 = 2,6$ ,  $p = 0,14$ ). Доля респондеров среди пациентов, продолжавших терапию Селанком до 21 дня, достигала 75%, что достоверно выше, чем в группе после отмены Феназепама (30%,  $\chi^2 = 9,7$ ,  $p = 0,0018$ ) и в той подгруппе группы комбинированной терапии, в которой отменили комплексную терапию (25%,  $\chi^2 = 10$ ,  $p = 0,0016$ ). Анализ результатов тестирования пациентов по субшкале тревоги HDRS свидетельствовал о том, что на фоне лечения Феназепамом выраженность тревоги к 14-му дню терапии уменьшается на 53%, к 21 дню терапии — на 47%. В группе пациентов, принимавших комбинированную терапию, на 14-ый день терапии выраженность тревоги нивелировалась на 49,7%, на 21 день — на 59,6% при продолжении приема Селанка и на 43% в случае полной отмены терапии.

Получены данные, подтверждающие наличие у Селанка анксиолитического эффекта, умеренного ноотропного эффекта. Противотревожный эффект Селанка по нивелированию реактивной тревоги сравним с Феназепамом. При этом переносимость Феназепама и Селанка существенно отличается в пользу последнего (отмечались незначительные по количеству и выраженности нежелательные явления).

Отмечено ускорение наступления терапевтического эффекта Феназепама при оптимизации терапии Селанком по шкале HDRS. При комбинированной терапии Селанк уменьшает выраженность ряда побочных эффектов, вызываемых Феназепамом (нарушение концентрации внимания и памяти, асте-

\* Работа поддержана ЗАО «Инновационный научно-производственный центр «Пептоген» и грантами РФФИ

нию, седацию, увеличение продолжительности сна, сексуальные дисфункции, эмоциональную индифферентность и ортостатизм). Совокупность терапевтической эффективности сочетанного применения Селанка и Феназепама и уменьшения побочного действия транквилизатора пептидом достоверно повышает качество жизни пациентов по шкале SF-36.

**Выводы.** Полученные данные позволяют расширить и оптимизировать терапевтические возможности расстройств тревожного спектра за счет использования Селанка в качестве анксиолитического средства как в качестве монотерапии, так и коррекции нежелательных эффектов бензодиазепиновых препаратов.

**Н.Л. Зуйкова<sup>1</sup>, В.Э. Медведев<sup>1</sup>, А.Ю. Тер-Исраелян<sup>1,2</sup>,  
В.И. Фролова<sup>1</sup>, И.К. Чобану<sup>1</sup>, С.В. Некрасова<sup>1</sup>,  
А.М. Бурно<sup>1</sup>, К.В. Зверев<sup>3</sup>, А.В. Епифанов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> — Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, Москва, Россия

<sup>2</sup> — Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

<sup>3</sup> — Городская клиническая больница им. М.Е.Жадкевича, Москва, Россия

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**N.L. Zuykova<sup>1</sup>, V.E. Medvedev<sup>1</sup>, A.U. Ter-Israelyan<sup>1</sup>, V.I. Frolova<sup>1</sup>,  
I.K. Chobanu<sup>1</sup>, S.V. Nekrasova<sup>1</sup>, A.M. Burno<sup>1</sup>, K.V. Zverev<sup>2</sup>, A.V. Epifanov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

<sup>2</sup> — Psychiatric Hospital № 13,

<sup>3</sup> — City Clinical Hospital after M.E.Zhadkevich, Moscow, Russia

## EFFICACY OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND PSYCHOTHERAPY OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISORDERS

**Актуальность.** В научной литературе приводятся данные о положительном влиянии на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) своевременно начатого лечения сопутствующих психопатологических расстройств. Помимо психофармакотерапии неотъемлемая часть современного лечения психических расстройств ССЗ — психотерапевтическое воздействие и сопровождение.

**Цель** — сравнительное изучение эффективности и переносимости психофармакотерапии и комбинированной (психотропные средства и психотерапия) терапии актуальных психопатологических расстройств у больных с ССЗ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 242 пациент (79 (65,3%) женщин, 42 (34,7%) мужчин, в возрасте 18-65 лет, средний возраст —

53,4±2,9 лет) с ССЗ, страдающие коморбидными психопатологическими расстройствами легкой или средней степени тяжести, соответствующие критериям МКБ-10 для депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, расстройств приспособительных реакций.

В ходе монотерапии использовались современные психотропные препараты, характеризующиеся широким терапевтическим диапазоном и сравнительно хорошей переносимостью у пациентов с ССЗ (агомелатин, милнаципран, пароксетин, сертралин, венлафаксин, фабомотизол, (D,L)-рац-гопантеновая кислота).

Основными методами психотерапевтического воздействия (47,9%), были поддерживающая, интерперсональная, когнитивно-поведенческая психотера-

пия (21,5%), трансактный анализ (11,6%), семейная и групповая (5,8%) психотерапия. В 9,9% наблюдений использовались гипноз, методы мышечной релаксации, кинезиотерапии.

**Результаты.** При дифференцированной оценке установлено, что эффективность комбинированной психофармакотерапии с психотерапевтическим воздействием на уровне тенденции, превосходит результативность только психофармакотерапии. Число респондеров на психофармакотерапии — 35,9-40,2%, на комбинированной терапии — 41,0-45,1%. Количество ремиттеров на психофармакотерапии — 23,1-28%, на комбинированной терапии — 25,6-30,5%.

Анализ катamnестических сведений 28,5% пациентов, получавших профилактическую психофармако- и комбинированную терапию, также демонстрирует, что у кардиологических пациентов регулярная психотерапия и прием адекватной (по эффективности и переносимости) психофармакотерапии в профилактических целях в течение 0,5-1,5 лет статистически достоверно приводит к уменьшению частоты

возникновения обострений ССЗ (приступов стенокардии, гипертонических кризов, пароксизмов аритмии, усиление хронической сердечной недостаточности). Такое лечение снижает обращаемость к кардиологам по поводу не обусловленной объективной (по данным лабораторных, физикальных и инструментальных обследований) тяжестью заболевания соматоформной симптоматики (сенсопатии, кардиалгии, цефалгии, панические атаки, «предобморочные» состояния, синдром гипервентиляции, астения и т.п.).

**Заключение.** У пациентов с ССЗ для лечения психопатологических расстройств на фоне базовой соматотропной терапии необходимо присоединение психотропных средств, опосредованно стабилизирующих физиологические показатели, а также процесс купирующего и профилактического лечения ССЗ должен сопровождаться курсом психотерапии. Для претворения этого комплекса в жизнь требуется консультация и помощь психиатра и психотерапевта, однако, возможно и самостоятельное назначение психофармакотерапии кардиологом или терапевтом.

## Р.А. Кардашян

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР МИ РУДН,  
Москва, Россия

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ, СОМАТИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

## R. A. Kardashyan

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia,  
Moscow, Russia

# DIFFERENTIATED PHARMACOTHERAPY OF VEGETATIVE, SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN COMPUTER GAME ADDICTION WITHDRAWAL AMONG STUDENTS OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS

**Актуальность.** Абстинентный синдром (АС) при компьютерной игровой зависимости (КИЗ) сопровождается вегетативными, соматическими, неврологическими и психическими расстройствами. Решение проблемы начинается с консультации род-

ственников и близких, совместно вырабатывается тактика терапии и поведения.

**Цель.** Внедрения дифференцированной фармакотерапии АС компьютерной игровой зависимости

для учащихся общеобразовательных учреждений в зависимости от преобладания тех или иных расстройств.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе 2 муниципальных образовательных учреждений г. Сергиев Посад (школы 4, 14) и в отделе реабилитации НИИ наркологии филиала ФГБУ ФМИЦПН МЗ РФ с 2012 по 2014 годы. Объектом исследования были 21 ученик (17 муж. и 4 жен. пола) со стадией компьютерной игровой зависимости в возрасте  $14,6 \pm 2,4$  лет, которым назначали фармакотерапию в амбулаторных условиях. В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись следующие методы: клинический (особенности биографий, опрос родителей и сведения от педагогов и других лиц; беседа, опрос, осмотр и наблюдение за подростками, фармакотерапия); катamnестический.

**Результаты.** Психофармакотерапия абстинентного синдрома была дифференцированной. В случае преобладания у учеников (12-17 лет) эмоциональных расстройств в виде тоски, адинамии (4 чел., 19%) назначали сертралин (25-50 мг/сут.), сульпирид (50 мг/сут.).

При превалировании тревожных нарушений (3 чел., 14,3%) назначали флувоксамин (25-50 мг/сут.), алимемазин тартрат (5-10 мг/сут.).

При доминировании раздражительности, агрессивности, выраженной грубости (5 чел., 23,8%) препаратами выбора были: карбамазепин (100-200 мг/сут), рисперидон (0,5 — 1 мг/сут.). Следует отметить, что рисперидон в таких маленьких дозах у учащихся вызывал седативный эффект.

Поведенческие расстройства (3 чел., 14,3%) купировали назначением рисперидона (0,5 — 1 мг/сут.) и карбамазепина (150-200 мг/сут.). При присоединении выраженного психомоторного возбуждения (компульсивное влечение), назначали галоперидол в каплях (2% — 10,0), 5 капель 2-3 раза/сут.

В случае выраженности диссомнических нарушений (4 чел., 19%): тревожного поверхностного сна с пробуждениями, ярких сновидений с компьютерной тематикой, оставляющих сильное впечатление назначали карбамазепин (100 — 150 мг/сут.) и на ночь клоназепам (0,5 мг).

Вегетативные проявления абстинентного синдрома (2 чел., 9,5%) купировали приемом тофизопама (150 мг/сут.).

Из соматических нарушений у 19% школьников (4 чел.) обнаружили онемение пальцев рук, у 47,6% (10 чел.) — боль в кистях рук, у 71,4% (15 чел.) — боль в спине, у 28,6% (6 чел.) — головную боль, у 23,8% (5 чел.) — беспокойный сон, у 9,5% (2 чел.) — сухость и жжение глаз (табл. 11). Одновременно боль в спине и кистях рук зафиксировали у 42,8% учеников (9 чел.), головную боль и боль в спине — у 28,6% (6 чел.), боль в кистях рук и онемение пальцев рук — у 9,5% (2 чел.).

Лечение соматических симптомов компьютерной игровой зависимости состояло, в первую очередь, в правильном обустройстве рабочего места и соблюдении режима работы и отдыха. В целях профилактики нарушений зрения, онемения пальцев рук, болевого синдрома в области рук, спины и шеи рекомендовали проводить соответствующую гимнастику, оборудовать компьютер качественным монитором.

На 8 — 10 день терапии острые явления синдрома отмены купировались, редуцировалось патологическое влечение. Основная медикаментозная терапия продолжалась 2 — 4 недели.

Все пациенты получали метаболическую терапию (кортексин, пирацетам, аминокислоты, гопантеновая кислота, витаминотерапия, адаптогены). Постабстинентное состояние было представлено тоскливой и тревожной депрессией, которые купировались таким же путем, как и при абстинентном синдроме.

В профилактическом периоде реабилитации рекомендовали дифференцированную терапию (2 — 6 мес.) в зависимости от преобладания компонентов патологического влечения (антидепрессивную: сертралин, 50 мг/сут., флувоксамин, 25 — 50 мг/сут.; нейролептическую: сульпирид, 50 мг/сут., алимемазин тартрат, 5 — 10 мг/сут., рисперидон, 0,5 — 1 мг/сут.; нормотимики: карбамазепин, 100 — 150 мг/сут.).

**Заключение.** Предложенная дифференцированная фармакотерапия показала высокую эффективность, позволила быстро купировать проявления АС.

**Е.Н. Анисимова, А.М. Голикова, Н.Ю. Анисимова**

Московский государственный медико — стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,  
Москва, Россия

## СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ

**E.N. Anisimova, A.M. Golikova, N.Y. Anisimova**

Moscow state university of medicine and dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

## PSYCHOLOGICAL METHOD OF CORRECTING THE EMOTIONAL STATE OF A PREGNANT WOMAN BEFORE DENTAL TREATMENT

**Актуальность:** Беременные женщины на стоматологическом приеме представляют собой особую группу риска ввиду не только физиологических, но и психологических изменений происходящих в её организме, которые связаны не только с гормональными перестройками, но и с индивидуальными особенностями.

**Цель исследования:** Разработка психологического способа коррекции эмоционального состояния беременной женщины с учетом личностных особенностей перед стоматологическим вмешательством.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 72 беременные женщины с различным сроком гестации с определением типа темперамента по методу Айзенка и уровня ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, определение АД и ЧСС. Коррекция тревожности проводилась с помощью разработанного метода рациональной психотерапии, основанного на применении специально разработанных речевых конструкций, эффективность оценивалась динамикой уровня ситуативной тревожности.

**Результаты:** разработанный способ психологической коррекции эмоционального состояния беременной женщины перед проведением стоматологического вмешательства (патент № 2571323) состоял из проведения рациональной психотерапии в зависимости от типа её темперамента.

При типе темперамента «меланхолик» проводят рациональную психотерапию в форме убеждения, корректируя когнитивный и эмоциональный компоненты отношения к стоматологическому вмешательству, способствующие переходу к модификации личностных установок пациентки. В форме переориентации путем достижения более стабильных перемен в ее установках, прежде всего в ее отношении

к стоматологическому вмешательству, связанных с изменениями в системе ее ценностей и выводящие ее за пределы стоматологического вмешательства, уровень ситуативной тревожности ко 2-му и 3-му посещению снизился на 20% от исходного.

При типе темперамента «холерик» проводят рациональную психотерапию в форме психогигиены — переориентации более широкого плана, создающей позитивные перспективы для пациентки вне стоматологического вмешательства, уровень ситуативной тревожности ко 2-му и 3-му посещению снизился на 15% от исходного.

При типе темперамента «флегматик» проводят рациональную психотерапию в форме объяснения и разъяснения, включающие истолкование сущности стоматологического вмешательства, причин его необходимости с учетом возможных психосоматических связей, до этого, как правило, игнорируемых пациенткой и не включаемых во «внутреннюю картину беременности», уровень ситуативной тревожности ко 2-му и 3-му посещению снизился на 17% от исходного.

При типе темперамента «сангвиник» проводят рациональную психотерапию в форме переориентации путем достижения более стабильных перемен в ее установках, прежде всего в ее отношении к стоматологическому вмешательству, связанных с изменениями в системе ее ценностей, и выводящие ее за пределы стоматологического вмешательства, уровень ситуативной тревожности ко 2-му и 3-му посещению снизился на 15% от исходного.

**Вывод:** разработанный способ психологической коррекции эмоционального состояния беременной женщины перед стоматологическим вмешательством может быть рекомендован к применению на амбулаторном стоматологическом приеме.



**А.Б. Баранова, М.А. Лаврова**

Уральский федеральный университет им. Б.Н.Ельцина, кафедра клинической психологии и психофизиологии, Екатеринбург, Россия

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ И СТРЕСС СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

**A.B. Baranova, M.A. Lavrova**

Ural Federal University them. B.N. Yeltsin, Department of clinical psychology and psychophysiology, Ekaterinburg, Russia

## PSYCHOSOMATIC HEALTH: LAW ENFORCEMENT OFFICERS' PSYCHOLOGICAL DEFENSE AND STRESS

**Актуальность.** Охрана здоровья продолжает оставаться актуальным направлением для психологических исследований, особенно в тех специальностях, которые характеризуются высоким риском для жизни и здоровья.

**Цель работы** — описание психосоматического здоровья сотрудников силовых структур.

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 35 сотрудников УМВД РФ в возрасте от 22 до 43 лет (24 мужчины, 11 женщин). Все сотрудники ежегодно проходят военно-врачебную комиссию и хронических заболеваний не имеют.

Группой сравнения выступили случайным образом отобранные респонденты: 35 человек в возрасте от 22 до 44 лет, не имеющих хронических заболеваний (17 мужчин, 18 женщин). Их профессии: парикмахер, учитель, инженер, маркетолог, работник тяжелой промышленности, врач, экономист, повар, автомеханик.

Использовались методики: Шкала социальной адаптации Холмса и Рэя, Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилберга, определение типа используемых психологических защит «Индекс жизненного стиля», Гиссенский опросник соматических жалоб.

**Результаты.** Показатели Гиссенского опросника соматических жалоб в группе сравнения достоверно выше по всем шкалам, кроме «Желудочных жалоб». Наибольшей выраженностью в обеих выборках обладают «Желудочные жалобы» (47,11% среднее значение для экспериментальной и 56,23% для группы сравнения).

Особенности психологических защит: показатель «Общая напряженность защит» выше у группы сравнения (среднее значение — 52%, против 41%

в экспериментальной группе); из всех типов защит у представителей силовых структур выше «Отрицание» (среднее значение — 73%, против 55% в группе сравнения). В группах не различаются показатели «Интеллектуализации», «Реактивные образования», «Подавление». В группе сравнения наибольшую представленность имеет защиты «Интеллектуализация» (63%) и «Проекция» (61%).

Корреляции внутри обеих групп найдены между показателями личностной тревожности и «Общей напряженностью психологических защит», личностной тревожностью и «Давлением жалоб», «Истощением». В экспериментальной группе: между «Ревматическим фактором» и личностной ( $r_{xy}=0,38$ ,  $p<0,05$ ) и реактивной тревожностью ( $r_{xy}=0,33$ ,  $p<0,05$ ); между «Подавлением» и «Желудочными жалобами» ( $r_{xy}=0,48$ ,  $p<0,01$ ); между «Регрессией» и «Ревматическим фактором» ( $r_{xy}=0,56$ ,  $p<0,01$ ). В группе сравнения: между «Истощением» и типами защит «Компенсация» ( $r_{xy}=0,50$ ,  $p<0,01$ ), «Проекция» ( $r_{xy}=0,51$ ,  $p<0,01$ ), и «Замещение» ( $r_{xy}=0,46$ ,  $p<0,01$ ), а также между уровнем стресса и «Ревматическим фактором» ( $r_{xy}=0,5$ ,  $p<0,01$ ), уровнем стресса и «Давлением жалоб» ( $r_{xy}=0,47$ ,  $p<0,01$ ), уровнем стресса и «Замещением» ( $r_{xy}=0,5$ ,  $p<0,01$ ).

Анализ всех полученных данных по половому признаку показал, что у женщин выше личностная тревожность, ниже показатели «Желудочные жалобы», «Истощение», «Сердечные жалобы», а также ниже представленность защит «Подавление» и выше — «Регрессия» по сравнению с мужчинами.

**Заключение.** Полученные данные могут свидетельствовать о взаимосвязи психосоматических феноменов с особенностями психологических защит и уровнем тревожности и позволяют выстроить профилактическую психологическую работу более эффективно.

**И.В. Белокрылов<sup>1</sup>, Е.М. Райзман<sup>2</sup>, С.В. Семиков<sup>3</sup>**<sup>1</sup> — Медицинский институт РУДН, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Москва, Россия<sup>2</sup> — Институт практической психологии и психоанализа, Москва, Россия<sup>3</sup> — Медицинский (гомеопатический) центр «Ирис», Москва, Россия**К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ К ПРИМЕНЕНИЮ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ****I.V. Belokrylov<sup>1</sup>, E.M. Raizman<sup>2</sup>, S.V. Semikov<sup>3</sup>**<sup>1</sup> — PFUR, Medical Institute, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Moscow, Russia<sup>2</sup> — The Institute of Practical Psychology and Psychoanalysis, Moscow, Russia<sup>3</sup> — Medical (homeopathic) Center «Iris», Moscow, Russia**ON THE QUESTION OF INDICATIONS FOR THE USE OF PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS WITH SOMATISATION DISORDERS**

**Актуальность.** Согласно современным положениям психосоматической медицины, оптимальные программы курации и реабилитации относящихся к ее области пациентов обязательно включают психотерапию. При этом в психотерапевтической литературе обнаруживается широчайший спектр мнений о возможностях психотерапии в лечении данного контингента — от грандиозных до пессимистических. Очевидно, что реальные характеристики проблемы должны учитывать разнообразие как клинических вариантов психосоматической патологии, так и показаний к применению в работе с ней различных психотерапевтических направлений и конкретных методов.

**Целью** настоящего исследования является установление предикторов эффективности психотерапии двух наиболее распространенных и при этом принципиально различающихся в научно-практическом плане модальностей: психодинамической и гипно-суггестивной в лечении соматизированных расстройств непсихотического регистра. По неподтвержденной на сегодняшний день гипотезе эти предикторы имеют достаточно поляризованный, взаимоисключающий характер.

**Материалы и методы.** Исследование проводится на материале одной из наиболее обширных и значимых в медико-социальном отношении клинических групп психосоматического круга: «соматизированные психические расстройства конституционального и невротического регистров» (А.Б.Смулевич, 1997). Помимо клинко-психопатологического, пациенты проходят патопсихологическое обследование, регистрирующее значимые для психосоматической патологии параметры (алекситимия — TOS, внутренняя картина болезни — ЛОБИ). Для выполнения специфических психотерапевтических задач работы дифференциальная диагностика пациентов

учитывала психоаналитический принцип ранжирования, обособляющий невротический либо пограничный уровень личностного функционирования «непсихотических» пациентов. На настоящем этапе исследования выборка составляет 17 пациентов.

Первичное диагностическое обследование и первые 3 сеанса проводятся по принципам индивидуального психодинамического структурного интервью (О.Кернберг, 1975). Эта процедура, помимо выполнения лечебно-диагностических задач, устанавливает наличие/отсутствие признаков формирования терапевтического альянса. При их наличии пациенты направляются для дальнейшего лечения в психоаналитическую группу (групповой анализ); при отсутствии либо незначительной выраженности таковых им рекомендовалась психотерапия гипно-суггестивного формата (эриксоновский гипноз). Сравнительные итоги психотерапии фиксируются по истечению 3 месяцев лечения (частота сеансов — 1 раз в неделю в обеих группах). В обеих группах больные также получают сопоставимую по интенсивности и качеству психофармакотерапию.

**Результаты.** Предварительные результаты сравнительного анализа свидетельствуют в пользу рабочей гипотезы исследования: обнаруживается высокая комплаентность к психотерапии в обеих группах, коррелирующая с хорошей эффективностью лечения. Статистически достоверные различия между группами по клиническим диагностическим критериям обнаруживаются в виде преобладания случаев с соматоформной вегетативной дисфункцией и с органическими неврозами в группе, комплаентной к психодинамической терапии, и — с соматоперцептивной конституцией в группе, проходившей эриксоновский гипноз. По психодинамическим критериям группы достоверно раз-

личаются по преобладанию лиц с невротическим уровнем личностного функционирования в первой группе и — с пограничным — во второй. Что касается данных патопсихологического анализа, то в первой группе преобладают пациенты с менее выраженной алекситимией и достаточной рефлексией психической составляющей их болезни, а во второй наблюдается обратная картина.

**Заключение.** С учетом полученных данных в рамках проводимого исследования планируется разработка более простого, компактного, но чувствительного инструмента, определяющего дифференцированные показания к назначению психосоматическим пациентам психотерапии личностно-патогенетической либо поведенчески-суггестивной направленности.

**А.М. Бурно, С.В. Некрасова, Н.Л. Зуйкова**

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР МИ РУДН, Москва, Россия

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ИНВЕРСИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ АГОРАФОБИИ В СТРУКТУРЕ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

**A.M. Burno, S.V. Nekrasova, N.L. Zuikova**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

## EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE INVERSION OF ABILITIES TECHNIQUE FOR PSYCHOTHERAPY OF AGORAPHOBIA ASSOCIATED WITH PANIC DISORDER

**Актуальность.** Успехи современной психофармакотерапии панического расстройства связаны, прежде всего, с купированием и предотвращением панических приступов. Агорафобия достаточно часто не поддается медикаментозному лечению и требует дополнительного психотерапевтического вмешательства. Методика экспозиции требует времени и связана с достаточно дискомфортными тренировками, что нередко затрудняет формирование комплайенса с данным видом терапевтического вмешательства. Все это делает актуальным поиск эффективных психотерапевтических подходов, связанных с меньшей нагрузкой на пациента.

**Цель.** Целью исследования являлась оценка целесообразности применения методики инверсии возможностей для купирования агорафобии, связанной с паническим расстройством.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 13 пациентов (девять взрослых и четверо подростков). Перед началом терапии агорафобии у всех участников панические приступы были купированы СИОЗС. У всех участников агорафобия не была тяжелой. Пациенты могли выходить на улицу и передвигаться пешком, хотя и по выборочным маршрутам. Избегание касалось поездок в общественном транспорте, прежде всего, метро. Однако в крайних случаях (при жесткой жизненной необходимости),

8 пациентов все же пользовались подземкой, хотя и со значительно выраженной тревогой и дискомфортом, а 5 пациентов заявляли о такой своей потенциальной способности.

Психотерапевтическое вмешательство состояло в приложении методики инверсии возможностей к агорафобическим переживаниям. В когнитивной дискуссии оспаривалась вера пациентов в возможность усилием воли контролировать тревогу и предотвратить панический приступ. При помощи специальных приемов пациентов приводили к абсолютной убежденности в том, что прямым усилием воли контролировать тревогу невозможно. Как следствие, пациенты без всяких дополнительных процедур отказывались от таких попыток. Это приводило к резкому снижению напряжения при воображении агорафобической ситуации и позже — при применении методики «in vivo». В среднем, для достижения терапевтического эффекта требовалось 2 часовые сессии в кабинете врача и 2 короткие (10-20 минутные) сессии в виде самостоятельного применения методики в транспорте.

**Результаты.** 9 из 13 пациентов за относительно короткое время достигли средней или высокой степени улучшения по субъективной шкале. Самостоятельная работа в агорафобической ситуации не за-

нимала много времени и не сопровождалась выраженным дискомфортом. Твердое понимание отсутствия возможности контролировать страх прямым усилием воли приводило к быстрому и очевидному успокоению.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют предположить, что методика инверсии возможно-

стей является эффективной в психотерапии агорафобии, связанной с паническим расстройством. Согласие пациента на применение приема является легко достижимым. По-видимому, этот подход требует меньше нагрузки на пациента, чем классический метод экспозиции. Однако для подтверждения этих выводов требуются исследования на более широком материале, в том числе и сравнительные.

**Н.Л. Зуйкова, С.В. Некрасова, С.В. Павлова**

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР МИ РУДН, ГДП № 39, Москва, Россия

## КЛИНИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД НА ОСНОВЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОЙ ПАРАДИГМЫ

**N.L. Zuikova, S.V. Nekrasova, S.V. Pavlova**

Peoples Friendship University of Russia, Moscow Childrens Hospital N 39  
Moscow, Russia

## CLINICAL FAMILY PSYCHOTHERAPY. INTEGRATIVE APPROACH BASED ON BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUAL PARADIGM

**Актуальность.** В связи с ростом стрессогенности жизни, невротизации населения и нарушением микроклимата семьи (что снижает адаптацию индивида к любым изменениям и неблагоприятным социальным явлениям, влияет на здоровье индивида) растет необходимость семейной терапии. В новое время необходимы новые эффективные модели психотерапии, ориентированные на целостное понимание человека. Клинические методы психотерапии, являющиеся основой отечественной школы, теряются среди обилия психологических и психоаналитических методов. Семейная клиническая психотерапия мало разработана.

**Цель.** Дальнейшее развитие клинической семейной психотерапии, повышение ее эффективности путем интеграции новых методов с учетом современных воззрений, использования биопсихосоциодуховной парадигмы, целостного понимания личности на основе клинического (естественно-научного) подхода.

**Материалы и методы.** Супружеские пары, имеющие дистресс в семье, приводящий к тем или иным психосоматическим расстройствам у взрослых и детей, проходят курс групповой семейной психотерапии из 15 занятий. На занятиях они знакомятся с характерологией, узнают свои сильные

и слабые черты, учатся брать в расчет свои особенности во взаимоотношениях друг с другом и детьми. Пары формируют новый образ жизни с учетом взаимодействия биологического, психического, социального и духовного. Для этого разнополюсные котерапевты на занятиях применяют клинически ориентированные психологические и психотерапевтические методики в форме психотерапевтических рациональных бесед-презентаций, диалогов, ролевых игр и домашних заданий. Используемые методики — групповая психотерапия, ТА и системная семейная терапия преломляются через призму клинической характерологии. Такой интегративный подход в работе с семьей осуществляется впервые.

**Результаты.** Семейные пары, прошедшие полный курс групповой психотерапии начинают осознавать и учитывать взаимозависимость тела, психики, социума и высшего духовного как в болезни, так и в здоровье. Супруги начинают принимать как данность природную инаковость друг друга и своих детей, лучше понимать причины существующих психосоматических проблем, находить пути выхода из состояний душевного разлада. Они учатся поддерживать друг друга в адаптации к неизбежным трудностям жизни созвучными их личностной природе способами. Благодаря групповым занятиям супруги становятся способными устанавливать конструк-

тивное взаимодействие в семье, приобретая новые паттерны поведения. Заметен процесс личностного развития супругов, развитие семейной системы как таковой на основе сотрудничающей автономности, рост родительского авторитета у детей.

**Заключение.** Разработанная методология клинической семейной психотерапии на основе современных биопсихосоциодуховных воззрений

и интегративного клинического подхода дополняет традиционную естественно-научную парадигму клинической медицины, позволяет более целостно понимать больного (и здорового) и семейные взаимоотношения; расширяет терапевтические возможности таким образом, что психотерапевт способен подобрать правильный психотерапевтический ключ к оздоровлению семейной среды, выздоровлению и личностному росту.

## Н.Л. Зуйкова, М.Е. Спасский

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, Москва, Россия

# ОПЫТ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С СУПРУЖЕСКИМИ ПАРАМИ В ДУХЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

## N.L. Zuikova, M.E. Spassky

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia

# EXPERIENCE OF GROUP ACTIVITIES WITH MARRIED COUPLES THE SAME WAY AS CLINICAL FAMILY THERAPY

**Актуальность.** Несмотря на девальвацию института семьи (в широком понимании этого слова), ценностная ее значимость очевидна, а роль семейной психотерапии в предотвращении дальнейшей деградации ячейки общества у специалистов не вызывает сомнений. Так же очевидна роль семейного микроклимата в здоровье и патологии человека. При всей своей мировой признанности, большом запросе и потенциале, семейная психотерапия скромно представлена в России, нуждается в новых методиках и более широком внедрении в практику, чему посвящена представленная работа, особенно важная в период стрессогенных перепетий нашего времени.

**Цель.** Повышение осознанности супругами ценности семейных отношений через большее понимание и принятие характерологических особенностей и состояний друг друга, обретение конструктивных навыков взаимодействия, решения внутриличностных и межличностных конфликтов.

**Материалы и методы.** Психотерапевтическая работа для 6 семейных пар проводилась в течение нескольких месяцев на базе одного из семейных центров Москвы. Она включала в себя индивидуальные сессии для каждого участника в начале, середине и конце занятий, 5 еженедельных групповых занятий с последующим урежением встреч до одного раза в месяц. Всего 15 занятий по 2,5 часа. Группа закрытая. Предварительно все участники прошли тестирование для определения настоящего аффек-

тивного состояния, определение характерологического радикала по опроснику М.Е. Бурно, экстра — и интраверсии, удовлетворенности семейной жизнью. Терапию вели два разнополюх ко-терапевта, применяя клиническую характерологию, элементы транзактного анализа Э. Берна, системной семейной психотерапии и терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно. Участники группы располагались за большим овальным столом, ко-терапевты использовали презентационные материалы, терапевтические домашние задания, упражнения и диалоги.

**Результаты.** На занятиях изучались существующие характерологические радикалы и супруги осознавали, что не существует только «плохие» или «хорошие» характеры, каждый имеет свои плюсы и минусы для семейной жизни. Происходило принятие самих себя и «инаковости» своего партнера и его характера, как природной данности. Пары научались конструктивнее взаимодействовать, обнаруживать и прекращать игры, становились более открытыми и естественными. В результате полученных знаний и навыков происходило эмоциональное здоровое сближение в противоположность симбиотическому, созависимому. Проведение занятий двумя разнополюхими ко-терапевтами способствовало учитыванию гендерных различий и минимизировало переносно-контрпереносные осложнения. Отзывы участников, клинические наблюдения и повторное тестирование свидетельствовали об улучшении психоэмоционального и физического состояния супругов.



**Заключение.** В представленном опыте подтвердилась гипотеза об эффективности клинического подхода в работе с семьей и общеизвестный факт большей эффективности групповой психотерапии в сравнении с индивидуальной в плане сохранения семьи и гармонизации межличностных отношений супругов, улучшения их здоровья и образа жизни. Принципиален здесь клинический, т.е. естественно-научный подход, являющийся основой отечественной психотерапии и явившийся стержнем интеграции используемых психологических и психо-

аналитических техник, направленных на личность в целостном биопсихосоциодуховном ее понимании. Как клиницисты, рассматриваем семью питательной средой для полноценной жизни индивида и некой живой системой, развивающуюся по неким своим законам, в соответствии с природными и приобретенными устойчивыми характерологическими (в том числе и психопатологическими) особенностями ее членов. Считаем, что представленный интегративный метод может стать перспективной моделью отечественной школы.

## Н.Ю. Летунова

Кафедра обезболивания в стоматологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

# ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕНТОФОБИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

N.Y. Letunova

Department of anesthesia in dentistry, Moscow State University of Dentistry and Medicine named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

## MOTIVATIONAL INTERVIEWING FEATURES FOR PHOBIC PATIENTS IN DENTAL OFFICE

**Актуальность.** Страх, волнение перед стоматологическим приемом у пациентов всего мира занимает ведущее положение среди человеческих страхов у 33-67%, в России эта цифра достигает 68% (Рабинович С.А. 2008, Schuller E. Фаско 2011, Власова Д.С. 2012, Анисимова Н.Ю. 2015). Фобия как навязчивый, упорный страх в отношении стоматологического лечения чаще формируется в детстве и сохраняется на протяжении всей жизни (Деревянченко С.П., 2005; Gower P.L., 2004; Milgrom P., 2004), однако страх посещения врача-стоматолога у детей с выраженным соматическим проявлением в виде истерик, порождает серьезное препятствие для врача провести необходимые вмешательства (Kaufman E. 2013). Фармакологические методы коррекции стоматофобии наряду с преимуществами имеют ряд недостатков, таких как длительный реабилитационный период и стоимость препаратов, тогда как психологические методы требуют только навыков от врача-стоматолога. Наше внимание привлекла концепция метода мотивационного интервьюирования, разработанная W.Miller и St. Rolnick в 1986г для работы с пациентами, страдающими зависимостями.

**Целью** исследования стало обеспечение проведения стоматологического лечения на терапевти-

ческом приеме в полном объеме у пациентов, испытывающих эмоциональное напряжение перед стоматологическим приёмом и не приверженных стоматологическому лечению и конструктивному взаимодействию с врачом.

**Материалы и метода исследования.** Были представлены шкалой Спилбергера-Ханина на личностную и ситуативную тревожность, тонометр OMRON M3. Объективная оценка стресса пациентов осуществлялась анализом количества катехоламинов в слюне до и после каждого посещения.

**Объекты исследования.** 90 человек в возрасте от 18 до 57 лет с компенсированной формой имевшейся патологии, испытывающих сильный страх и волнение перед стоматологическим вмешательством. По результатам тестирования на личностную и ситуативную тревожность были выбраны пациенты со средней и низкой личностной тревожностью и высокой ситуативной тревожностью. Общее количество исследуемых пациентов было разделено на 2 группы: в группе исследования состоял 51 человек (22 мужчины и 29 женщин) и в группе сравнения — 39 человек (21 мужчина и 18 женщин).

**Результаты и заключение.** Применение метода мотивационного интервьюирования в группе исследования позволило снизить уровень ситуативной тревожности на  $50,15\% \pm 4,53$  ( $p \leq 0,05$ ), а в группе сравнения — на  $11,12\% \pm 1,42$  ( $p \leq 0,05$ ) после 5 посещений, что говорит о высокой эффективности данного метода в работе с пациентами, испытывающими волнение и напряжение перед приемом у врача-стоматолога. Функциональные показатели в обеих группах не имели достоверно значимых изменений. Измерения катехоламинов в слюне

у пациентов в группе исследования имели тенденцию к достоверному снижению после 4-го и 5-го посещений в отличие от группы сравнения. Также использование метода мотивационного интервьюирования позволяет проводить стоматологические вмешательства эффективно и безопасно в полном объеме, так как применение метода мотивационного интервьюирования формирует приверженность стоматологическому вмешательству, а безопасность обеспечивается нормализацией функциональных показателей.

## А.А. Прибытков

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

# КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (ОПИСАНИЕ СЕРИИ СЛУЧАЕВ)

## A.A. Pribytkov

Penza institution of advanced medical studies, Penza, Russia

# COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF SOMATOFORM DISORDERS (A CASE SERIES)

**Актуальность.** Ограниченная эффективность фармакотерапии соматоформных расстройств (СФР) [Kleinstäuber M. et al., 2014], необходимость влияния на особенности пациентов в виде сниженных возможностей совладания со стрессом, склонности к катастрофизации физических симптомов и закреплению аномальных поведенческих стереотипов свидетельствует о целесообразности использования психотерапии.

**Цель исследования:** оценка эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) СФР.

**Материалы и методы.** В исследование включено 14 больных (10 женщин и 4 мужчин) с диагнозом соматоформное расстройство в возрасте от 25 до 54 лет. В период исследования медикаментозная терапия не проводилась. Среди включенных пациентов 11 ранее получали психофармакотерапию (антидепрессанты, бензодиазепины), которая оказалась неэффективной, 3 отказались от медикаментозного лечения. Для оценки динамики состояния использовались: шкала общего клинического впечатления (CGI) и опросник «Скрининг соматических симптомов — 7» (SOMS-7). Показатели определялись на момент включения в исследование и через 4 недели терапии. Для оценки статистической значимости использовался критерий Уилкоксона.

**Результаты.** Психотерапевтическое вмешательство включало два этапа: подготовительный и собственно когнитивно-поведенческой терапии. Всего проводились 8-10 индивидуальных сессий с частотой 2-3 раза в неделю. Подготовительный этап содержал диагностические аспекты, процедуру включения в психотерапевтический процесс, психообразование и когнитивную концептуализацию случая. Психообразование было направлено на формирование адекватных представлений о патологии, коррекцию установок об исключительно биологических причинах соматических симптомов. Этап собственно КПТ включал различные техники, направленные на коррекцию катастрофизации соматических симптомов, когнитивных искажений, сниженной способности к совладанию со стрессом, поведенческих особенностей (стремление к дополнительным консультациям, ограничительное поведение). Пациенту представлялась когнитивная модель патологии, принципы и ожидаемые результаты терапии. В дальнейшем, для достижения вышеуказанных целей применялись следующие техники: схема ABC, когнитивная реструктуризация, коррекции дисфункциональных когнитивных схем, декатастрофизация представлений, поведенческие эксперименты, ограничение патологического и укрепление желательного поведения.

Из включенных в исследование пациентов один выбыл в связи с отказом от терапии. Исходный показатель тяжести состояния (шкала CGI-S) составил 3,9 балла, через 4 недели терапии — 2,8 балла ( $p=0,0015$ ). Выраженность соматических симптомов (опросник SOMS-7) до лечения 32,1 балла, спустя 4 недели — 18,6 балла ( $p=0,0012$ ). Таким образом, была достигнута статистически значимая редукция проявлений патологии в сравнении с исходным состоянием. Отсутствие значимой динамики (оценка по шкале CGI-I 3 и более балла) имело место

у 4 больных, в 9 наблюдениях (69,2%) отмечено улучшение состояния (1-2 балла по CGI-I).

**Заключение.** В исследовании получены предварительные данные об эффективности КПТ в лечении СФР. Ограничениями является малый объем выборки и отсутствие группы сравнения. Для уточнения планируется сравнительное рандомизированное исследование медикаментозной и комбинированной (медикаментозной и когнитивно-поведенческой) терапии.

## И.В. Салынец, Н.Л. Зуйкова

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН, Москва, Россия

# ГИПНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 12-ЛЕТНЕЙ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ)

## I.V. Salyintsev, N.L. Zuikova

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic diseases Medical Institute of «Peoples Friendship University of Russia», Moscow, Russia

# HYPNOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF OPIOID DEPENDENCE (CLINICAL CASE OF 12 YEARS REMISSION)

**Актуальность.** В настоящее время количество больных наркоманий исчисляется миллионами. В России ежегодно имеют опыт употребления наркотиков около 6 млн. человек, количество употребляющих — исчисляется в 8,6 млн., 1,8 млн. — больны наркоманией, свыше 350 тыс. пациентов находятся на учёте в специализированных диспансерах, 70-80 тысяч человек умирают вследствие употребления наркотиков.

Очевидно сохранение проблемы подбора эффективных методов терапии данного контингента пациентов. Лечение больных наркоманией в условиях наркологического стационара в настоящее время следует признать малоэффективным. После стационарного лечения ремиссию длительностью более 1 года регистрируют лишь у 9-12% пациентов (Пятницкая И.Н., 1994). Столь низкая эффективность предполагает разработку новых способов лечения, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии, а так же предупредить возникновение рецидивов.

**Цель** — представить опыт лечения одного пациента со стойкой 12-летней ремиссией.

**Материалы и методы.** Больной А., 18 лет, обратившийся за реабилитационным лечением в психотерапевтический кабинет амбулаторного отделения с жалобами на постоянные, порой навязчивые мысли о наркотиках («героиновые мысли»), тягу к ним после детоксикации и уже второго кодирования. В соматическом статусе — хронические бронхит, гастрит, гепатит — вне обострения.

**Цель лечения:** жить без наркотиков при максимальной занятости и научиться получать удовлетворение от собственной творческой деятельности, используя свои увлечения. Задачи: преодолевать «героиновые мысли», воспринимать их как чуждые, ненужные, ложные; переключать себя на творческие дела.

**Методы лечения:** гипнотерапия (ежедневно в 1-й месяц, 3 месяца ч/з день, затем — 1-2 раза в неделю), рациональная, когнитивно-поведенческая, активизирующая, музыкально-психотерапия, терапия творческим самовыражением, занятостью (с 1-го дня лечения ежедневно) и атлетическая гимнастика. Этапность и последовательность психотерапии: налаживание эмоционального контакта, гипнотерапия в сочетании с другими методами психотерапии, ежедневное

ведения дневника самонаблюдения (самочувствие, настроение, существенные события, степень тяги и «героиновых мыслей» в течение 1-го года).

**Результаты.** В первый месяц лечения отмечалась отчетливая тяга к героину и соответствующие «героиновые мысли», порой навязчивые. Со второго месяца — тяга была незначительной, преодолимой и «героиновые мысли» не были навязчивыми, мог от них отвлекаться. Сохранялось астеническое состояние. Далее астено-депрессивная симптоматика купировалась в течение месяца (сульпирид, ноотропил и витамины группы В) в среднетерапевтических дозах. В течение 3 месяцев купировалось обострение хронического гастрита, и стабилизировался психический статус. В течение последующих 2 лет обострений симптоматики не отмечалось. «Героиновые

мысли» возникают лишь изредка, в основном «когда возникает физическая боль или после редких бытовых ссор на несколько секунд». Отчетливой тяги к наркотикам не испытывает. Успеваемость в ВУЗе хорошая. Самостоятелен в быту. Гипносеансы 1 раз в 1-2 недели продолжает.

**Катамнез.** Спустя 4 года — закончил ВУЗ. До настоящего времени успешно работает менеджером.

**Заключение.** Наиболее адекватными и приемлемыми в работе с наркозависимыми в настоящее время следует считать комплексные реабилитационные психологические программы, проводимые в амбулаторных условиях на протяжении не менее 2-3 лет, и направленные на психокоррекционную работу с конкретным пациентом.

## С.В. Семиков<sup>1</sup>, Ю.Г. Симаков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Медицинский (гомеопатический) центр «Ирис», Москва, Россия

<sup>2</sup> — Московский государственный университет технологий и управления им. К.Г. Разумовского Москва, Россия

## ИЗМЕНЕНИЕ АДГЕЗИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПСИХОТЕРАПИИ (ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ)

S.V. Semikov<sup>1</sup>, Yu.G. Simakov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medical (homeopathic) Center «Iris», Moscow, Russia

<sup>2</sup>Moscow State University of Technology and management KG Razumovsky, Moscow, Russia

## THE CHANGE IN THE ADHESION OF ERYTHROCYTES UNDER THE INFLUENCE OF PSYCHOTHERAPY (ERICKSONIAN HYPNOSIS)

**Актуальность.** В настоящее время в различных областях медицины возрастает интерес к исследованиям эритроцитарной адгезии, причем это внимание преломляется в двух основных аспектах. Во-первых, феномены слипания являются одним из наиболее опасных осложнений самых разнообразных по этиопатогенезу болезненных состояний, приводя к тромбозам, инфарктам и инсультам; данный аспект определяет актуальность совершенствования антиагрегантной терапии. Во-вторых, регистрация состояния красной крови представляется достаточно доступным методом оценки эффективности тех или иных методов лечения болезней. В длинный ряд патологических состояний, сопровождающихся процессами эритроцитарной адгезии, входит большинство психосоматических заболеваний. В качестве важнейшего фактора манифестации этих расстройств выступает психическое неблагополучие, выступающее в виде некоторых вари-

антов динамики расстройств личности. Основным методом лечебной коррекции ассоциированных с психосоматической патологией личностных девиаций на современном этапе является психотерапия.

**Цель** — определение «соматотропного» влияния психотерапии при лечении психосоматических расстройств.

**Материалы и методы.** На кафедре «Восточной медицины» РУДН обследовано 13 женщин с различными формами психосоматической патологии (ИБС — 3 случая, системные заболевания — 2, язвенная болезнь — 2, гастроэнтерит — 1, неспецифические язвенные колиты — 2, сахарный диабет 2 типа — 3), у которых в процессе параклинического обследования был выявлен феномен эритроцитарной адгезии в умеренной и высокой выраженности. В качестве психотерапевтического метода исполь-

зовался эриксоновский гипноз. Каждой пациентке проведено от 5 до 15 сеансов психотерапии с частотой 2 раза в неделю в зависимости от клинической динамики. Поддерживающая фармакотерапия от момента обращения пациентов до окончания проведения сеансов не менялась. Скрининговый анализ состояния эритроцитов в периферической крови проводился до начала каждого психотерапевтического сеанса и спустя 20 минут после (микропрепарат «давленная капля», фазово-контрастный микроскоп «Биомед 3» с цифровым окуляром Sigeta Ucmos 14.0MP).

**Результаты.** Анализ показывает, что уже после первого сеанса эриксоновского гипноза у всех 13 больных микроскопическая картина крови обнаруживаются явления дезагрегации эритроцитов с хотя бы частичным распадом сгустков и монетных столбиков. Анализы, взятые после последних сеансов, свидетельствуют либо о полной дезагрегации (7 случа-

ев), либо о снижении ее степени на 1-2 уровня (всего 3 степени). Кроме того, разрушение сгустков и «монетных столбиков» красных кровяных телец приводит к деблокированию лейкоцитов, при этом увеличивается их активность. Все это показывает высокую эффективность эриксоновского гипноза по отношению к структурной организации клеточных элементов крови. Показательность гематотропного влияния сеансов терапии можно использовать для тестирования профессиональных способностей обучающихся эриксоновских гипнологов.

**Заключение.** Полученные результаты открывают перспективу дальнейших исследований действенности психотерапии при лечении психосоматических расстройств в рамках доказательной медицины. В частности, планируется проведения сравнительного анализа сомато- и психотропных эффектов отдельных психотерапевтических модальностей, катamnестическое исследование их стойкости и др.

## А.В. Суховершин, А.В. Пантин

ЗАО «Санаторий «Россия», Белокуриха, Россия

# ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

A.V. Suchoverchin, A.V. Pantin

ZAO «Sanatorium «Russia», Belokurikha, Russia

## TRANSPERSONAL PSYCHOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS IN PSYCHOSOMATIC DISEASES

**Актуальность.** В курортной практике психосоматические заболевания составляют более половины всей патологии, причем у большинства больных в разной степени отмечаются аффективные расстройства, снижающие качество жизни.

**Цель исследования.** Оценка эффективности применения клинической трансперсональной психотерапии (КТП) в комплексе курортного лечения аффективных расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями.

**Материалы и методы.** Исследовано 88 пациентов в возрасте  $47,6 \pm 1,5$  лет с психосоматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, нейродермит

и др.), проходивших на курорте Белокуриха санаторное лечение (курс 21 день). Основная группа пациентов (45 чел.) получала КТП в комплексе с бальнеотерапией (азотно-кремнистые радоновые ванны — 7 нКи/л), климатотерапией, физиотерапией и ЛФК. Психотерапия проводилась в группах по 7 человек, курс 7-8 занятий через день. Группа сравнения (43 чел.) получала санаторно-курортное лечение без психотерапии.

Психотерапевтическое воздействие осуществляется индуцированием у пациентов измененного состояния сознания, представляющего комплекс специфических переживаний и соматопсихических реакций защитно-адаптационного характера. Это способ-



ствуует включению каналов отреагирования глубинного эмоционального напряжения, трансформации тревоги и депрессии в другие естественные формы психической активности в процессе психотерапии. Критериями эффективности служила оценка экспериментально-психологических данных в динамике: клиническая шкала Гамильтона, шкала самооценки депрессии Зунга и тревожности Спилберга, опросник качества жизни SF-36.

**Результаты.** Аффективные расстройства верифицированы в 87% наблюдений, среди них преобладали легкие и средние депрессивные эпизоды, смешанные тревожно-депрессивные расстройства невротического уровня, в структуре которых доминировали симптомы психической и соматической тревоги. Копинг-поведение характеризовалось преобладанием стратегий с нарушением комплайенса и психической дезадаптации. Качество жизни снижено за счет физической и психосоциальной составляющей, наличием аффективных нарушений.

Сравнительный анализ данных психологического тестирования: в основной группе среднее значение уровня депрессии по шкале SDS было к концу лечения достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в контрольной

группе (соответственно 34,25 и 45,85), а средний показатель его динамики выше (средняя (М) изменения — соответственно — 30,75 и 20,00). В результате проведения КТП получены более высокие, чем в контрольной группе, показатели рангового роста ценностей, связанных с активной жизненной позицией. После КТП выявлено снижение уровня реактивной тревожности до умеренного (средняя сумма баллов — 30,1±0,5) у 63% ( $p < 0,05$ ) и низкого (средняя сумма баллов — 27±0,4) у 22% ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения отмечалась тенденция снижения тревожности, но не достоверная.

В процессе психотерапии выявлена положительная динамика копинга, редукция тревожного радикала личности, коррекция аффективных расстройств способствовала улучшению функциональных возможностей и повышению качества жизни пациентов.

**Заключение.** Распространенность и амплифицирующее влияние на течение соматической патологии аффективных расстройств у психосоматических больных обуславливает актуальность применения КТП в традиционном комплексе санаторно-курортной помощи.

## А.В. Суховершин

ЗАО «Санаторий «Россия», Белокуриха, Россия

# КРАТКОСРОЧНАЯ ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА ПРИ СИНДРОМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

## A.V. Sukhovshin

ZAO «Sanatorium "Russia", balneal resort Belokurikha, Russia

# SHORT-TERM INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL CONSULTING ON BURNOUT SYNDROME AT BELOKURIKHA BALNEAL RESORT

**Актуальность.** Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у лиц коммуникативных профессий, обусловленный воздействием профессиональных стрессов — актуальная медико-психологическая проблема. Ранняя реабилитация при СЭВ предупреждает развитие нервно-психических и психосоматических заболеваний.

**Цель исследования:** оценка эффективности использования краткосрочных интегративных мето-

дов психотерапии при СЭВ на санаторно-курортном этапе реабилитации.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 человек (врачи, педагогические работники, психологи) от 25 до 52 лет с нарушением функций психоэмоциональной сферы, составившие основную (35 чел.) и контрольную (30 чел.) группы. В клинико-психологическом обследовании использовались: опросник В.В. Бойко «эмоциональное выгорание» с це-

лью диагностики СЭВ; субъективная шкала оценки астении MFI-20; проективный метод цветowych выборов Люшера для определения уровня стресса и психоэмоциональной напряженности; уровень тревожности оценивался с помощью шкалы Спилбергер-Ханина.

**Результаты.** Клиническая картина СЭВ укладывалась в невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F 40-48 по МКБ-10). Изменения в психической сфере невротического уровня выявлены у 48 чел. (73,8%). Среди наблюдаемых симптомокомплексов выделены: астенический (48,8%); депрессивный (34,3%); психовегетативный (16,9%).

Все исследуемые в течение 21 дня на федеральном курорте Белокуриха принимали климатотерапию, терренкур, бальнеотерапию (азотно-кремнистые радоновые ванны, 7 нКи/л, на курс 10 ванн). Основная группа проходила медико-психологическую реабилитацию, основанную на психотерапевтическом и психокоррекционном аспектах. Психокоррекционные мероприятия для лиц с феноменом СЭВ включали психологическое консультирование, групповые занятия по эмоционально-волевой саморегуляции, психологические тренинги по формированию новых стереотипов поведения, коррекции личностного сценария с установками на психологическую адаптацию к прежним стрессорам.

Пациентам, имеющим психопатологические проявления СЭВ (астенический, депрессивный, психовегетативный синдромы) с целью их нивелирования проводилась краткосрочная психотерапия с интегративным подходом — сочетание саногенетически обоснованных гипносуггестивных техник, методов когнитивной, клинической трансперсональной и телесно-ориентированной психотерапии.

В начале исследования пациенты двух групп практически не имели различий по регистрируемым параметрам и характеризовались высокими показателями уровня стресса, психоэмоциональной напряженности, имели повышенные значения личностной и ситуативной тревожности. После лечения в контрольной группе уровень стресса и психоэмоциональной напряженности по результатам исследования изменились незначительно. В основной группе достоверно снизились уровень стресса ( $p < 0,01$ ), ситуативная тревожность и психоэмоциональная напряженность ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Наибольший эффект краткосрочной немедикаментозной коррекции невротических состояний при СЭВ был достигнут при использовании в курортной практике методов интегративной психотерапии. Эффективность заключалась объемно в частичной или полной редукции клинической симптоматики СЭВ, что подтверждалось данными экспериментально-психологических исследований.

## А.Г. Жилев

Кафедра нейро- и патопсихологии Института психологии им. Л.С.Выготского, РГГУ, Москва, Россия

# ОСОБЕННОСТИ УСВОЕНИЯ И ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА И ПОСТРОЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

## A.G. Zhilyaev

Department of neurons and abnormal psychology Institute of Psychology them L.S. Vygotsky, Russian State Humanitarian University, Moscow, Russia

# ASSIMILATION FEATURES AND PROCESSING OF INFORMATION IN DIFFERENT PERIODS OF PERSONALITY AND CONSTRUCTION OF PREVENTIVE ANTI-DRUG MODELS

Переработка и усвоение информации в различные периоды развития личности имеет свои особенности. Так, конкретно-образное восприятие

информации характерно для детей младшего возраста, в подростковом возрасте особую роль играет информация о формировании поведенческих

и коммуникативных навыков, в период взросления с 14 до 17 лет — о формировании личностного целеполагания, создании системы витальных ценностей. В детском и подростковом возрастных периодах особую значимость имеет формирование психогигиенических и психологических профилактических установок личности, в частности, в отношении к психоактивным веществам. Эту особенность необходимо учитывать при построении мероприятий в рамках системного подхода к профилактике зависимого поведения.

В различных психопрофилактических подходах неоднозначно решается вопрос, упоминать ли понятие «наркотические средства», их название в работе с различными возрастными категориями детей. В распространенных подходах, ведущих свое начало от положений северо-американских и западно-европейских школ, знакомство детей с основными характеристиками наркотических веществ считается необходимой составной частью профилактики, проводимой с детьми, начиная с дошкольного возраста.

В то же время в других работах исследователей, как отечественных, так и зарубежных, отмечается нецелесообразность опережающего формирования у детей знаний о психоактивных веществах, механизмах их действия в доподростковом периоде развития личности. Такая просветительская деятельность, по мнению ряда авторских исследований, провоцирует формирование у детей позиций, активизирующих интерес по отношению к психоактивным веществам, способствующий ранней наркогенной инициации личности.

Анализ формирования отношения к ПАВ позволит выявить тот факт, что информация о ПАВ, их наличии, влиянии на поведение появляется у личности раньше, чем развивается психологическое отношение к этим составляющим жизни. Зачастую ребенок до 10 лет знает, что существуют ПАВ, знает модели их появления в жизни (ситуации праздника, отдыха), но не включает в структуру собственного отношения к жизни. И если в этой фазе он получает информацию о ПАВ, то в этом случае при повторении значимым взрослым (родителем, учителем) формируется поисковое поведение и активный интерес к ним без критического осмысления его употребления.

В своих работах по анализу эффективности психопрофилактических антинаркотических мероприятий, проводимых с детьми, подростками, молодыми людьми в условиях обучения в системе среднего образования мы также убеждались в небезопасности подобных опасений. Именно развитие интереса к проблеме употребления психоактивных веществ развивается у детей младше-

го школьного возраста, в том числе в результате информационной деятельности специалистов, проводящих в школах профилактическую работу, что является основной проблемой широкого внедрения подобных мероприятий и негативных реакций родителей и преподавательской аудитории, выражающейся в скептической их оппозиционной оценке. Видя формирование у младших школьников интереса к проблеме психоактивных веществ, возникшего в результате информационно-просветительских акцентов психологических профилактических лекций, родители выражали недоумение и настороженность, а то и прямо отказывались от участия детей в подобных мероприятиях. Было выдвинуто предположение, что существуют определенные возрастные закономерности информационного усвоения личностью детей различных возрастных категорий. Так, в частности, известно наличие конкретно-образного мышления у детей младшей возрастной группы, которое отличается слабостью ситуационного анализа в этом возрасте, которое предопределяет преимущественное усвоение информации в виде центрального образа с недооценкой особенности взаимодействия этого образа в контексте какой-либо ситуации. У детей доподростковых возрастов выделение центрального образа может происходить при многократной повторяемости этого образа вне зависимости от эмоционального подтекста и смыслов ситуационного взаимодействия. Это предположение отнесли к фабулам антинаркотической профилактики, которое может служить объяснением, почему в случаях, когда понятия «психоактивные вещества», «алкоголь», «курение» становятся центральным в информации, предъявляемой детям, что в доподростковых возрастах служит причиной формирования неожиданных реакций активного интереса и фиксации влияния этих детей на характеристиках психоактивных веществ, а это способствует раннему формированию наркотической инициации личности.

**Материалы и методы.** Для исследования особенностей усвоения информации детьми различных возрастных категорий был проведен формирующий эксперимент. Исследованием было охвачено 311 детей от 7 до 17 лет. Был составлен диагностический тест в виде рассказа, предъявленного детям. Детям зачитывался рассказ, при этом не давались специальные задания по его запоминанию.

**Результаты и обсуждение.** Через 4-6 дней детей спрашивали, о чем прочитанный им рассказ. Ответы детей младшего школьного возраста распределились следующим образом: 70,4% указали на то, что рассказ про лужу; 17,6% ответили, что он о ребенке; 7,3% сказали, что он о маме, ребенке, их ссоре; не запомнили суть рассказа — 4,7%.

Во второй возрастной группе подростков от 12-13 лет распространенность ответов отличалась от первой группы: после прослушивания рассказа на ссору мамы и мальчика указало 55,7% подростков. Для 16,8% опрошенных основной смысл рассказа состоял в стремлении мальчика выйти из-под опеки мамы; 13,2% подростков запомнили, что рассказ о маме, про лужу и мальчика; 7,9% детей, прослушав рассказ, сказали, что рассказ про лужу; 6,4% заявили, что не запомнили, о чем был рассказ.

В группе молодых людей 14-17 лет распределение ответов в формирующем эксперименте отличалось от двух первых групп. Так, для 47,3% опрошенных описанная ситуация запомнилась как стремление мальчика выйти из-под контроля матери; 27% — как воспитательное мероприятие матери; 17,7% — как конфликт матери и сына; 14,2% — запомнили, что рассказ про лужу; 12,4% — не могли вспомнить сути рассказа.

Анализируя полученные результаты, можно сделать выводы о том, что одна и та же информация сохраняется в виде следов в долговременной памяти в различных смыслах фиксации различных аспектов названной ситуации. При этом преобладание центрального образа в младшей школьной группе отражало частоту упоминания понятия в описанной ситуации (понятия «лужа»). Дети в младшем школьном возрасте в значительной степени игнорировали смыслы, отраженные в действии центральных и актуальных образов рассказа, в том числе в коммуникативном и морально-этическом аспекте. Дети более старших возрастов значительно чаще в большинстве случаев запоминали и отражали коммуникативные смыслы центральных фигур, которые значительно чаще упоминались в контексте данной ситуации между старшим и подрастающим поколением. В этом случае граница имеет четко выраженную тенденцию к диссоциации в восприятии и запоминании различных коммуникативных смыслов. Так, подростки в своих воспоминаниях прошлого делали акценты на микросоциальных конфликтных и негативных аспектах детско-родительских взаимоотношений, что явно отражает особую их психологическую составляющую. В старшей возрастной группе преобладали оценки запомнившейся ситуации, отражавшие стремление личности обрести самостоятельность, что также соответствует основным

психологическим потребностям этой возрастной группы.

**Заключение.** Смыслы воспринятой личностью информации у детей младшей возрастной группы привели к формированию в долговременной памяти центрального образа в виде понятия, наиболее часто упоминаемого в масштабах воспринимаемой ситуации. Таким образом, можно считать, что психопрофилактические занятия с этой возрастной группой, построенные на многократном повторении понятия «наркотик и курение», «алкоголь» и так далее может привести к формированию устойчивого интереса к психоактивным веществам, что доказывает нецелесообразность подобного подхода в антинаркотической профилактике с младшими детьми.

В этом случае можно опираться на несколько общих закономерностей присущих этому возрастному периоду. Прежде всего для данной аудитории характерно образное, игровое мышление. Поэтому эффективны образные конструкции, понятные ребенку, вызывающие у него негативное отношение к наркотизации табаку и алкоголю. Создавая профилактическую модель для данной возрастной группы детей с учетом социокультурных реалий, возможно использование метафорически образов, являющихся психологическим багажом детской личности, а именно сюжеты сказок. Как показало исследование, непосредственное употребление названий алкогольных напитков, курения, наркотиков, абсолютно недопустимо.

Подростки среднего и старшего возраста в отражении смыслов предложенного текста выделяли поведенческие реакции, связанные с микросоциальным окружением, что соответствует этапу психологического развития, квинтэссенцией которого является формирование межличностных взаимодействий, обретение самостоятельности, формирование собственного маршрута и целевых установок личности.

Таким образом, что намеченный диагностический подход возможно развить для получения уточненных данных об особенностях психогигиенической и психопрофилактической работы с различными возрастными категориями детей, подростков и молодых людей.

**Т.А. Крапивницкая, Б.Г. Хашба, Л.В. Крапивницкая**

Кафедра авиационной и космической медицины Российской медицинской академии последипломного образования, Центральная врачебно-летная экспертная комиссия гражданской авиации, Центральная клиническая больница гражданской авиации, Москва, Россия

## МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛЕТОВ И ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ВО ВРАЧЕБНО-ЛЕТНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

**T.A. Krapivnitskaya, B.G. Khashba, L.V. Krapivnitskaya**

Russian medical Academy of postgraduate education, Central clinical Hospital of Civil Aviation Moscow, Russia

## MEDICAL SUPPORT OF FLIGHTS AND PSYCHO-DIAGNOSTIC APPROACH IN THE MEDICAL-FLIGHT EXAMINATION

**Актуальность.** Медицинское обеспечение полетов (МОП) — система мероприятий, направленных на сохранение здоровья, повышение работоспособности летного, диспетчерского и инженерно-технического персонала, обеспечение безопасности полетов в медицинском отношении.

В России имеется эффективная система медицинского обеспечения полетов и врачебно-летной экспертизы (ВЛЭ) в авиации и космонавтике, которую необходимо развивать и совершенствовать за счет внедрения в практику последних достижений науки. Разработан алгоритм психодиагностического обследования авиационных специалистов в целях ВЛЭ и кандидатов для обучения специальности «пилот», «диспетчер УВД», включающие в себя исследования когнитивных функций и углубленное изучение личностных особенностей авиационного персонала, включающий сознательную и бессознательную сферу. Ранняя диагностика нарушений нервно-психических функций у пилотов продолжает оставаться в высшей степени актуальной.

Психодиагностика в системе медицинского обеспечения полетов направлена на выявление различных форм приспособительной активности человека как целостного объекта в специфических условиях профессиональной деятельности.

**Цель** исследования — комплексное клинико-психологическое обследование пилотов гражданской авиации, в том числе с суицидальными попытками в анамнезе.

**Материалы и методы.** Использовались модифицированный тест «Стандартизированный много-

факторный метод исследования личности», стимульный материал «Метода портретных выборов» (адаптированный тест восьми влечений Сонди). В исследовании приняли участие 183 здоровых пилота (средний возраст —  $38,4 \pm 0,92$  года); 194 пилота с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) (средний возраст —  $36,47 \pm 0,67$  года) и 16 пилотов с суицидальными попытками в анамнезе (средний возраст —  $29,0 \pm 2,83$ ).

**Результаты.** У пилотов с суицидальными попытками в анамнезе были установлены: астеничность, эмоциональная холодность, сосредоточенность на внутреннем мире своих переживаний, оторванность от практических проблем, склонность к оригинальности суждений, недоверчивость, замкнутость, скрытность, высокая степень пессимистичности, выраженный индивидуализм, стремление потакать своим слабостям; стиль межличностных взаимоотношений: интровертированный, необщительный; тип мышления: формально-логический; реакция на стресс: непредсказуемое поведение, блокировка; защитный механизм личности: интрапунитивный. При анализе психологических особенностей у пилотов с суицидальными попытками в анамнезе был выявлен невротический тип дезадаптации, сформированный на базе преобладания в структуре личности гипостенических черт. Все они были признаны негодными к летной работе.

**Заключение.** На основании полученных данных считаем целесообразным вновь выдвинуть предложения по изменению действующих нормативных документов ГА, а именно расширить показания для обязательного психологического обследования: абитуриенты в учебные заведения ГА по подготовке пи-



лотов, диспетчеров УВД; курсанты летных училищ с перерывом в учебе от 4 месяцев и более; пилоты 1 класса, претендующие на получение медицинского заключения 1 класса, проходят психологическое обследование в возрасте 40 лет и далее каждые 2 года; диспетчера УВД, претендующие на получение меди-

цинского заключения 3 класса — в возрасте 40 лет и далее каждые 2 года; лица летного состава при перерывах в летной работе более 4 месяцев; при выдвижении на должности командира воздушного судна, пилота-инструктора, диспетчера-инструктора, старшего диспетчера, руководителя полетов.

## С.В. Кузьмина, К.К. Яхин

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Казань, Россия

# АКТУАЛЬНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ РОЛИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В МЕДИЦИНЕ ТРУДА

S.V.Kuzmina, K.K. Yakhin

SBEI HPE «Kazan State Medical University» of Russian Ministry of Health, 420012, Kazan, Russia

## THE ACTUAL AND SPECIAL ROLE OF PSYCHIATRIST IN OCCUPATIONAL MEDICINE

**Актуальность.** Во всём мире наблюдается неуклонный рост числа психических заболеваний среди населения. Особенную актуальность для выявления и профилактики психопатологии приобретают эпидемиологические исследования декретированных групп.

**Цель.** Выявление распространённости нарушений психического здоровья работающих и актуализация вопросов действующей нормативной базы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ имеющихся данных о распространённости психических нарушений среди работающих, подвергающихся воздействию различных производственных факторов. Проанализирована действующая законодательная база, направленная на профилактику психической заболеваемости среди работающих.

**Результаты.** Имеющиеся данные очень ограничены. Максимальная распространённость психических расстройств на 100 работающих приходится на работников угольной промышленности (37-40 человек), газодобывающей (23,2), химической

(22,5), газоперерабатывающей (18,7), лёгкой (17,4), приборостроительной (15) и машиностроительной (12) отраслях. При этом в структуре психических расстройств преобладают невротические и другие пограничные психические расстройства. Нет единых критериев в проведении предварительных и периодических медицинских осмотров врачами психиатрами; психических и поведенческих расстройств нет в перечне профессиональных заболеваний.

**Заключение.** Включение в проект пересмотра приказа МЗ и СР РФ от 27 апреля 2012 г. № 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» психических и поведенческих расстройств в перечень профессиональных заболеваний. Врачам-психиатрам необходимо учитывать имеющуюся информацию при организации психиатрического осмотра и освидетельствования декретированных групп работающих граждан. В руководствах по медицине труда и профессиональным заболеваниям необходима разработка и введение разделов, посвящённых психическим расстройствам.

# ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

- А**  
Агафонов К.И. — 48  
Алимова Г.У. — 63  
Анисимова Е.Н. — 70, 71, 119  
Анисимова Н.Ю. — 119  
Антохин Е.Ю. — 103  
Арина Г.А. — 82, 90  
Архангельский С.М. — 20
- Б**  
Бабаджанова Н.Э. — 30, 37, 49, 110  
Бабарахимов С.Б. — 8, 9, 17  
Багмет А.Д. — 46  
Баранова А.Б. — 120  
Бардюркина В.А. — 103  
Баулина М.Е. — 102  
Белокрылов И.В. — 121  
Белотелова А.Н. — 104  
Березуцкий В.И. — 33  
Богданов В.С. — 95  
Бородулина Е.О. — 49  
Ботирова Н.Б. — 51  
Брюхин А.Е. — 16, 99  
Будза В.Г. — 97  
Будникова Н.В. — 58  
Бурно А.М. — 116, 122  
Бурова С.В. — 26, 27  
Бусыгина М.С. — 62
- В**  
Василенко Л.М. — 104  
Васильева И.С. — 111  
Ватутин Н.Т. — 52, 112  
Вахрушев Я.М. — 62  
Виноградов Н.А. — 26  
Виноградова М.Г. — 101  
Виссарионов В.А. — 81, 83  
Вишняков Ю.В. — 86  
Власов П.Н. — 18, 19  
Володина В.Н. — 27  
Волынкин А.А. — 18, 19  
Выборных Д.Э. — 34
- Г**  
Ганзенко М.А. — 60  
Герасимчук Е.В. — 77  
Герасимчук М.Ю. — 77  
Голикова А.М. — 119  
Горбунов Ю.Е. — 105  
Горобец Л.Н. — 55, 104  
Гусева Н.П. — 56  
Гусманова З.К. — 7  
Гушанская Е.В. — 114
- Д**  
Давлетярова У.М. — 92  
Давыдова И.А. — 21, 22  
Десятниченко И.В. — 86  
Джалилова С.Х. — 63  
Дмитриев М.Н. — 106  
Добрушина О.Р. — 90  
Долгов А.М. — 95  
Досуужева Е.А. — 93
- Дробышев А.Ю. — 73, 74, 75  
Дробышева Н.С. — 73
- Е**  
Евстифеева Е.А. — 61, 93, 94  
Епифанов А.В. — 36, 116  
Ерилин Е.А. — 70, 71  
Ермошина Н.П. — 79  
Ефремова Е.В. — 49
- Ж**  
Жильцова Е.Е. — 79  
Жияев А.Г. — 131  
Жинжило Е.В. — 106, 107  
Жумамуратова Н.С. — 40, 49, 50, 59, 66
- З**  
Зайцева Н.С. — 46  
Зверева Е.А. — 95  
Зуйкова Н.Л. — 116, 122, 123, 124, 127  
Зянгилов Р.Р. — 80
- И**  
Игнатова Ю.А. — 38  
Ильин М.П. — 114  
Искандарова Ж.М. — 8, 9
- К**  
Калантаров Т.К. — 61  
Кардашян Р.А. — 11, 12, 13, 117  
Качмазова М.В. — 72  
Кашехлебов К.Ю. — 94  
Колмогорова В.В. — 87  
Кост Н.В. — 115  
Кочелев В.В. — 101  
Крапивницкая Л.В. — 134  
Крапивницкая Т.А. — 134
- Л**  
Лаврова М.А. — 120  
Лахнов М.А. — 56  
Лашин В.Я. — 26  
Лацинина Ю.А. — 72  
Леонова Е.Э. — 45  
Летунова Н.Ю. — 125  
Леушина Е.А. — 43  
Линева Т.Ю. — 16, 99  
Литвинова О.С. — 27  
Лубнина А.С. — 43  
Лыткина К.А. — 80
- М**  
Магомедова А.Ш. — 15  
Мазо Г.Э. — 60  
Мазурова О.В. — 45  
Марилов В.В. — 99  
Марсальская О.А. — 35  
Мартынов С.Е. — 36, 81, 82  
Маслова Н.Н. — 48  
Матякубова М.К. — 92  
Махмудова М.С. — 39, 47
- Медведев В.Э. — 36, 41, 64, 74, 75, 76, 81, 83, 84, 100, 105, 115, 116  
Менделевич В.Д. — 108  
Михеева О.В. — 20  
Москалева О.В. — 114  
Мурашова Л.А. — 10  
Мухитова Ю.В. — 57  
Мясоедов Н.Ф. — 115
- Н**  
Некрасова С.В. — 116, 122, 123  
Никифоров В.В. — 26, 27  
Никифоров В.С. — 35  
Новиков В.В. — 24  
Новикова И.А. — 38
- О**  
Оконишников Е.В. — 16  
Олексенко Л.В. — 34  
Омаров Н. С.М. — 15  
Онухова М.П. — 27  
Осина Е.Д. — 90  
Осколкова С.Н. — 98
- П**  
Павлова С.В. — 123  
Пантин А.В. — 129  
Петрухин В.А. — 18, 19  
Пичугина И.М. — 64  
Полецкий В.М. — 87  
Прибытков А.А. — 109, 126  
Просычева О.О. — 75
- Р**  
Райзман Е.М. — 121  
Резван В.В. — 111  
Романенко И.А. — 58  
Рябченко А.Ю. — 95
- С**  
Сабитов И.А. — 45, 49, 91  
Садикова С.И. — 63, 113  
Саипова М.Н. — 39, 47  
Салынцев И.В. — 127  
Сапожников А.Н. — 45, 91  
Семиков С.В. — 121, 128  
Серякова А.М. — 45  
Симаков Ю.Г. — 128  
Славянская Т.А. — 28  
Слепкова Н.В. — 106, 107  
Смирнова А.С. — 52  
Соболев В.А. — 22, 31, 32  
Соколова Л.В. — 27  
Соловьев А.Г. — 38  
Спасский М.Е. — 124  
Степанова У.Б. — 45  
Стригина М.И. — 23  
Стригина Т.Ф. — 23  
Суховершин А.В. — 129, 130
- Т**  
Тагаева Д.Ф. — 25  
Терещенко О.Н. — 115
- Тер-Исраелян А.Ю. — 116  
Толкачев А.С. — 20  
Томилин Ю.Н. — 26  
Топольскова А.И. — 46  
Трясунова М.А. — 48  
Туник Н.В. — 67  
Тураева Д.М. — 38, 63, 65, 67, 68, 69, 88
- У**  
Уласень Т.В. — 48  
Ушакова С.Е. — 58
- Ф**  
Федин Э.Е. — 114  
Федорова С.Ю. — 34  
Филиппченкова С.И. — 10, 61, 93, 94  
Фирсова Л.Д. — 64, 67  
Фофанова Ю.С. — 73, 75, 76  
Фролова В.И. — 73, 74, 76, 78, 81, 116
- Х**  
Хабирова Н.Г. — 25  
Халмухамедова С.М. — 42, 53  
Хашба Б.Г. — 134  
Ходжаева Н.И. — 92  
Холодин С.П. 61  
Холтаева Ф.Ф. — 85, 96  
Христиченко М.А. — 112  
Хрущев С.О. — 34  
Худина Ю.С. — 106
- Ц**  
Царенко М.А. — 55
- Ч**  
Чалая Е.Б. — 97  
Чалая И.В. — 97  
Чалый В.А. — 97  
Чантырь И.В. — 73  
Чеботов С.А. — 46  
Чернобровкина Т.Я. — 26, 27  
Чкадуа Т.З. — 72  
Чобану И.К. — 116  
Чумаков Д.В. — 22
- Ш**  
Шабанова А.А. — 101  
Шахмарданов М.З. — 26, 27  
Шимкина Н.Ф. — 57  
Шоалимова З.М. — 51  
Шохайдарова Р.Ю. — 17  
Шутов А.М. — 49
- Э**  
Эшниязова У.Н. — 29, 54  
Эшонова Т.В. — 10
- Я**  
Янковская Я.Д. — 26  
Ярославская Л.И. — 21, 31, 32  
Ярославская М.А. — 31, 32  
Яхина Г.Х. — 45