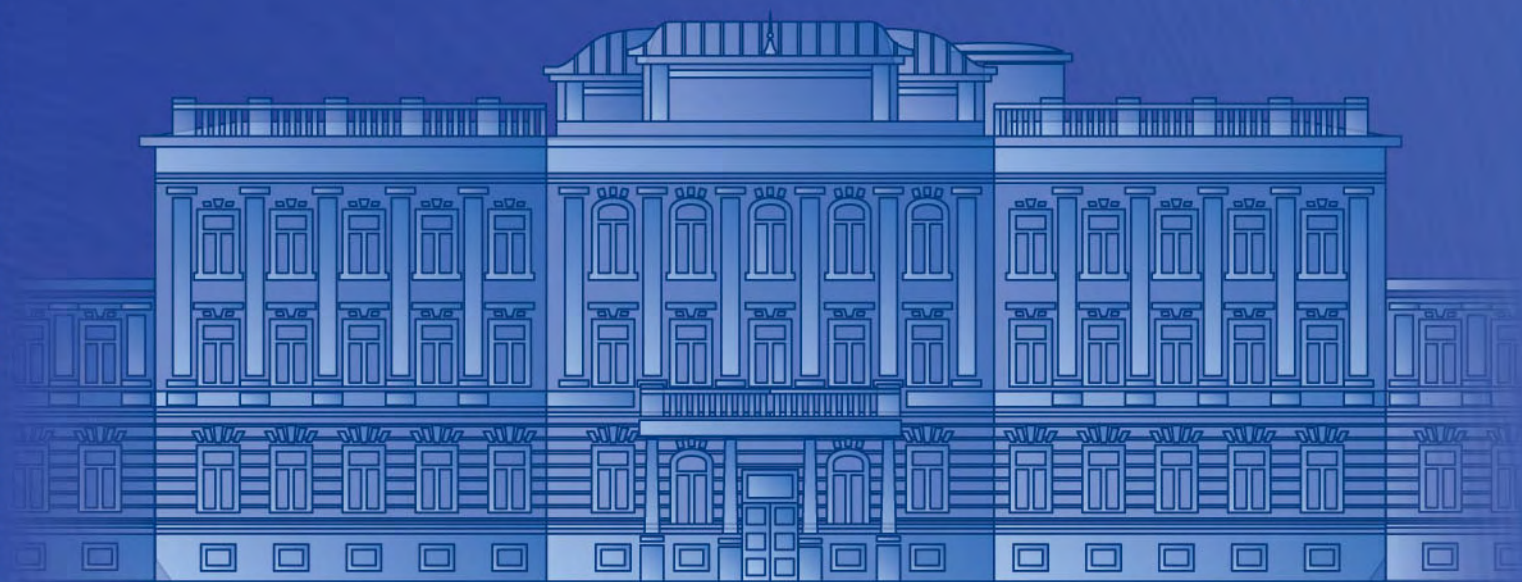




**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ
СБОРНИК СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ • 2015**



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,
посвященная 155-летию кафедры
нервных и душевных болезней ВМедА им. С.М. Кирова

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ
И ПСИХИАТРИИ**

20-21 ноября 2015 г., Санкт-Петербург

СБОРНИК СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ

Главное Военно-медицинское управление МО РФ
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Всероссийское общество неврологов
Российское общество психиатров
Северо-Западное отделение медицинских наук
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Ассоциация неврологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга
Национальное общество по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений

Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

посвященная 155-летию кафедры
нервных и душевных болезней
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

20-21 ноября 2015 года, Санкт-Петербург

СБОРНИК СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2015

Научное издание

Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии. Сборник статей и тезисов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 155-летию кафедры нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, 20-21 ноября 2015 г. / Под общей редакцией _____ – СПб.: Альта Астра, 2015 – ____ стр.

978-5-905498-38-1

© ВМедА им. С.М. Кирова, 2015
© Коллектив авторов, 2015
© Альта Астра, оформление, 2015



Дорогие коллеги!

В последние десятилетия, благодаря усилиям профессорско-преподавательского состава кафедр нервных болезней и психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, достигнут значительный прогресс в совершенствовании оказания неврологической и психиатрической помощи военнослужащим МО РФ.

Как известно, одно из самых значительных для отечественной неврологии и психиатрии решение Конференции Медико-хирургической академии состоялось 27 февраля 1860 г., в котором было сказано: «Конференция Академии, убеждаясь в том, что преподавание во всей обширности учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей, необходимо не только с целью подготовки врачей практически, но и ученых по этой отрасли науки, находит необходимым учреждение при Академии особой кафедры». Таким образом, открытая в Академии кафедра «для преподавания в полном объеме учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей», явилась первой подобной кафедрой в России, заложившей основы и в значительной степени определившей будущее не только отечественной, но и мировой неврологии и психиатрии.

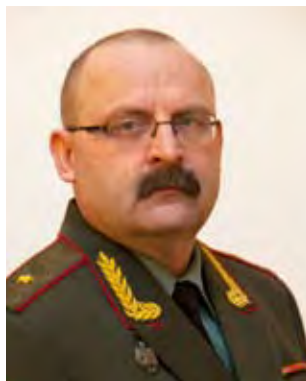
На протяжении более чем ста пятидесяти лет сотрудники и ученики кафедр нервных болезней и психиатрии на высоком профессиональном уровне достойно выполняли свой профессиональный долг как в мирное время, так и в военные годы.

Приветствуя организаторов, участников и гостей научно-практической конференции, выражаю уверенность, что Вы по достоинству оцените уровень развития отечественной военной неврологии и психиатрии, а также получите возможность обменяться опытом и последними достижениями в профилактике, диагностике и лечении нервных и психических заболеваний.

От всей души желаю Вам воплощения задуманного и новых успехов в Вашей благородной деятельности на благо как военной медицины, так и гражданского здравоохранения.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'А. Фисун'.

*Начальник Главного
военно-медицинского управления МО РФ
генерал-майор медицинской службы
А. Фисун*



*Уважаемые участники конференции!
Дорогие гости!*

В настоящее время активно идут процессы обновления Вооруженных Сил Российской Федерации, активно внедряются и осваиваются новые военные технологии. В связи с этим существенно возрастает актуальность сохранения и поддержания психического здоровья военнослужащих, а также профилактики и лечения неврологических заболеваний.

Благодаря усилиям военных неврологов и психиатров постоянно совершенствуется система оказания неврологической и психиатрической помощи военнослужащим и разрабатываются важнейшие проблемы ее оказания в условиях современных войн и чрезвычайных ситуаций. Достижению успеха в этих направлениях способствовал и самоотверженный многолетний труд сотрудников основанной решением Конференции Медико-хирургической академии 27 февраля 1860 г. «кафедры ... нервных болезней и болезней, сопряженных с расстройством умственных способностей», которая явилась первой подобной кафедрой в России.

Открываемая конференция ориентирована на наиболее актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии. Уверен, что плодотворное их обсуждение придаст новый импульс развитию превентивных и инновационных аспектов оказания медицинской помощи военнослужащим.

Сердечно приветствую участников и организаторов конференции, посвященной 155-летию кафедры нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, и желаю всем плодотворной работы.

*Начальник Военно-медицинской
академии им. С.М. Кирова
генерал-майор медицинской службы
А. Бельских*

НЕВРОЛОГИЯ
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

ДИСБИОЗ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ *ENTEROCOCCUS FAECIUM L3*

Абдурасулова И.Н., Тарасова Е.А., Бисага Г.Н., Скулябин Д.И.,
Ермоленко Е.И., Мацулевич А.В., Алехина Г.Г., Суворов А.Н.

НИИЭМ РАН, СПбГПМУ, Научно-исследовательская лаборатория «Explana»,
ВМедА им. С.М. Кирова, СПбГУ, Санкт-Петербург

Рассеянный склероз (РС) – аутоиммунное заболевание центральной нервной системы (ЦНС) является наиболее частой причиной необратимой инвалидности у людей трудоспособного возраста. До 70% больных РС имеют различные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта [6], которые необходимо корректировать. При аутоиммунных заболеваниях кишечника хорошо себя зарекомендовали пробиотики. Имеются положительные результаты применения лактобацилл на модели РС – экспериментальном аллергическом энцефаломиелите (ЭАЭ) [4, 5].

С другой стороны, в настоящее время одна из гипотез предполагает патогенетическую роль синантропной кишечной микробиоты при аутоиммунных заболеваниях, в том числе, при РС. Экспериментальные исследования показывают, что кишечная микробиота оказывает влияние на иммунную систему и нервную систему, а также участвует в поддержании целостности барьеров. Некоторые представители микробиоты (*segmented filamentous bacteria – SFB*) поддерживают дифференцировку Th17-клеток, продуцирующих провоспалительный цитокин ИЛ-17 [2], а другие микроорганизмы, как *Bacteroides fragilis*, *B. thetaiotaomicron*, *Faecalibacterium prausnitzii* – вызывают поляризацию иммунного ответа по Treg пути [2, 8, 9]. При нарушении баланса микроорганизмов (дисбиозе), стимулирующих образование эффекторных и регуляторных T-клеток, с увеличением Th1/Th17 клеток и уменьшением Treg клеток, создаются условия для развития воспалительных и аутоиммунных заболеваний. В настоящее время считается, что именно эта популяция эффекторных клеток ответственна за запуск воспалительных реакций в ЦНС. Многие кишечные синантропные бактерии имеют антигены, похожие на антигены ЦНС хозяина, например, *Escherichia coli*, *Lactobacillus spp.*, *Enterobacter spp.*, и др. [10]. Кросс-реактивность и антигенная конкуренция между бактериями кишечника и ЦНС антигенами могут быть важными механизмами, участвующими в развитии РС, способствуя запуску аутоиммунных реакций. Разрушение тканей может усиливаться бактериями, которые обычно заселяют нестерильные полости человека. Эти бактерии в определенных условиях могут транслоцироваться за пределы характерных мест обитания и осуществлять лизис тканей и отдельных клеток, секретируя ферменты и токсины. Так, эпсилон токсин *Clostridium perfringens* вызывает гибель олигодендроцитов и демиелинизацию [7].

Таким образом, накоплены данные о потенциальной роли кишечной микробиоты в патогенезе аутоиммунных заболеваний ЦНС. Однако нет данных, характеризующих ее качественный и количественный состав при РС. Используемые для определения состава кишечной микробиоты метагеномные и метаболомные методы трудоемки, дорогостоящи и сложны в интерпретации, поэтому не могут быть использованы для обычной лабораторной диагностики.

Цель исследования: проанализировать состав микробиоты кишечника у пациентов, страдающих РС до и после приема пробиотика, выявить значимые микроорганизмы с использованием рутинных лабораторных методов, а также степень коррекции дисбиоза.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 18 пациентов с установленным диагнозом рассеянный склероз; 13 женщин в возрасте 39,1±3,6 лет (балл по шкале EDSS 3,4±0,5) и 5 мужчин в возрасте 35,1±5,1 лет (балл по шкале EDSS 2,3±0,2), находящихся на лечении в Военно-медицинской академии им. Кирова (Санкт-Петербург). Пациенты подписали информированное согласие об участии в исследовании.

Для оценки состава кишечной микробиоты в образцах фекалий определяли содержание маркерных микроорганизмов, выявляемых при дисбиозах, двумя независимыми методами – микробиологическим (разработанным Р.В. Эпштейн-Литвак и Ф.Л. Вильшанской (1969) с модификациями) и с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени с использованием набора Колонофлор-16 (ООО «АльфаЛаб», РФ). Для выделения ДНК из фекалий использовали набор ДНК-ЭКСПРЕСС («Литех», РФ).

Использовали жидкую закваску, содержащую пробиотический штамм *Enterococcus faecium L3* (8,0 lg КОЕ/мл) (ООО «Авена»), пробиотический продукт пациенты получали *per os* по 50 мл дважды в день в течение 21 дня.

Результаты: При бактериологическом анализе в образцах фекалий пациентов, выявлялись симбиотические бактерии рода *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Enterococcus spp.*, а также *Escherichia coli*. Количество *Bifidobacterium spp.* у всех пациентов наблюдалось в пределах нормальных значений (8,7 lg/КОЕ/г), тогда как количество *Lactobacillus spp.* и *E. coli* было снижено на 1-2 порядка у 33,3% и 83,3% пациентов, соответственно.

На фоне снижения симбиотических бактерий отмечалось появление (или увеличение) условно-патогенных и патогенных микроорганизмов: лактозонегативные *E. coli* (у 44,4%), гемолитические *E. coli* (у 38,9%), *E. coli* со сниженной ферментативной активностью (у 5,6%). Среди других бактерий семейства *Enterobacteriaceae* обнаружены *Proteus spp.* (у 5,6%), *Citrobacter spp.* (у 16,7%), *Enterobacter spp.* (у 22,2%), *Klebsiella spp.* (у 16,7%). Кроме того, у 33,3% пациентов высевался *S. aureus* и у 16,7% м – дрожжеподобные грибы рода *Candida*. При этом *Proteus spp.* и *Candida spp.* обнаруживались только у мужчин, а *Citrobacter spp.* и *Enterobacter spp.* – только у женщин. Как правило, обнаруживались по два-три условно-патогенных микроорганизма в различных сочетаниях. У одного пациента обнаружена комбинация их четырех таких микроорганизмов: гемолитическая *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *S. aureus*, *Candida spp.*

Так как существуют трудно культивируемые бактерии, которые не выявляются бактериологическим методом, но играют существенную роль при аутоиммунных заболеваниях, использование ПЦР в реальном времени повысило качество оценки состава микробиоты. Сниженный уровень *Lactobacillus spp.* или *E. coli* был обнаружен у 11,1% пациентов. Количество анаэробных бактерий *Faecalibacterium prausnitzii* и *Bacteroides fragilis* также соответствовали нормальным значениям. Другой вид рода *Bacteroides* – *B. thetaiotaomicron* – присутствовал только у 55,6% пациентов, а у остальных не определялся. Методом ПЦР в реальном времени подтверждено наличие условно-патогенных и патогенных бактерий: энтеропатогенная *E. coli* (у 61,1%), *Proteus mirabilis*. (у 5,6%), *Citrobacter spp.* (у 5,6%), *Enterobacter spp.* (у 55,6%), *Klebsiella spp.* (у 22,2%), *S. aureus* (у 38,9%), дрожжеподобные грибы рода *Candida* (у 5,6%). Кроме того, у 11,2% пациентов обнаружены *Clostridia perfringens*. Бактерии, принадлежащие к родам *Fusobacterium*, *Shigella* и *Salmonella*, не выявлялись ни у одного пациента.

Проведенное исследование состава микробиоты показало наличие дисбиоза разной выраженности у всех обследованных пациентов с РС, при этом, как правило, уменьшались симбиотические виды и увеличивались условно-патогенные и патогенные. Полученные данные согласуются с предположением Clemente с соавторами, что при РС ключевым фактором развития заболевания может быть состояние дисбиоза, запускающего аутоиммунный ответ, направленный против антигенов ЦНС [3]. Интересно, что изменения кишечной микробиоты, выявленные у пациентов с РС во многом сходны с показанными ранее у животных при развитии ЭАЭ [1].

Тот факт, что дисбиоз отмечается даже у пациентов без жалоб на расстройства функций ЖКТ свидетельствует о том, что микробный дисбаланс в кишечнике наступает раньше, чем проявляется клинически. Это измененное сообщество микроорганизмов в кишечнике может не только способствовать дисфункции ЖКТ, но и модулировать иммунные функции организма, поддерживая патологический процесс и усугубляя клиническое течение РС. Это является основанием для назначения пробиотиков с целью коррекции дисбиотических состояний и иммунологических нарушений у пациентов с РС. С этой целью были использованы пробиотические энтерококки, которые, как показано ранее, восстанавливают микробиоту, стимулируют продукцию противовоспалительного цитокина – ИЛ-10 и снижают тяжесть ЭАЭ у животных.

Как и ожидалось, после приема пробиотиков у пациентов уменьшились жалобы на ЖКТ проблемы: нерегулярность стула, вздутие живота, боли в животе, метеоризм.

Повторный анализ микробиоты кишечника показал, что 3-х недельного курса достаточно, чтобы *E. faecium L3* вытеснил из занимаемой ниши *C. perfringens*, *P. mirabilis*, *Citrobacter spp.*, частично – *S. aureus*, *Klebsiella spp.*, гемолитическую *E. coli*, в меньшей степени – сахаропозитивную *E. coli*. После проведенного курса коррекции, однако, не уменьшилось число энтеропатогенных *E. coli* и *Enterobacter spp.*

Таким образом, проведенное исследование впервые выявило наличие дисбиоза у пациентов с РС и возможность его коррекции пробиотическими энтерококками с нормализацией функций ЖКТ. Однако в дальнейших исследованиях необходимо определить длительность применения пробиотика, периодичность курса для полной нормализации кишечной микробиоты, если это возможно. Учитывая тот факт, что в основе патогенеза РС лежат нарушения иммунного статуса организма и наличие иммуномодулирующих характеристик пробиотического штамма *E. faecium L3* представляется целесообразным в дальнейших исследованиях на фоне использования пробиотиков оценивать не только клиническое значение, состав микробиоты кишечника, но и изменения популяций иммунных клеток и продуцируемых ими цитокинов.

Литература

1. Абдурасулова, И.Н. Изменение качественного и количественного состава кишечной микробиоты у крыс в течение экспериментального аллергического энцефаломиелита / И.Н. Абдурасулова, Е.А. Тарасова, А.В. Мацулевич [и др.] // Рос. физиолог. журн. им. И.М. Сеченова. – 2015 (в печати).
2. Atarashi, K. Induction of colonic regulatory T cells by indigenous Clostridium species / K. Atarashi, T. Tanoue, T. Shima [et al.] // Science. – 2011. – Vol. 331, N6015. – P. 337-341.
3. Clemente, J.C. The impact of the gut microbiota on human health: an integrative view / J.C. Clemente, L.K. Ursell, L.W. Parfrey, R. Knight // Cell. – 2012. – Vol. 148, N6. – P. 1258-1270.
4. Kwon, H.K. Amelioration of experimental autoimmune encephalomyelitis by probiotic mixture is mediated by a shift in T helper cell immune response / H.K. Kwon, G.C. Kim, Y. Kim [et al.] // Clin. Immunol. – 2013. – Vol. 146, N3. – P. 217-227.
5. Lavasani, S. A novel probiotic mixture exerts a therapeutic effect on experimental autoimmune encephalomyelitis mediated by IL-10 producing regulatory T cells / S. Lavasani, B. Dzhambov, M. Nouri [et al.] // PLoS One. – 2010. – Vol. 5, N2. – e9009.
6. Levinthal, D.J. Adding to the burden: gastrointestinal symptoms and syndromes in multiple sclerosis / D.J. Levinthal, F. Rahman, S. Nusrat [et al.] // Mult. Scler. Int. Art. – 2013. – ID 319201. – 9 p.
7. Linden, J.R. Clostridium perfringens Epsilon Toxin Causes Selective Death of Mature Oligodendrocytes and Central Nervous System Demyelination / Y. Ma, B. Zhao, J.M. Harris [et al.] // Mbio. – 2015. – Vol. 6, Is. 3. – P. e02513-e02514.
8. Ochoa-Repóraz, J. Central nervous system demyelinating disease protection by the human commensal *Bacteroides fragilis* depends on polysaccharide A expression / J. Ochoa-Repóraz, D.W. Mielcarz, L.E. Ditrío [et al.] // J. Immunol. – 2010. – Vol. 185, N7. – P. 4101-4108.
9. Round, J.L. The gut microbiota shapes intestinal immune responses during health and disease / J.L. Round, S.K. Mazmanian // Nat. Rev. Immunol. – 2009. – Vol. 9, N5. – P. 313-323.
10. Westall, F.C. Molecular mimicry revisited: Gut bacteria and multiple sclerosis / F.C. Westall // J. Clin. Microbiol. – 2006. – Vol. 44, N6. – P. 2099-2104.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОН-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ, АБУЗУСНОЙ ЦЕФАЛГИИ

Авсейцева Т.Ю., Курбангалиев Р.И.

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва

Важнейшей причиной обращения пациентов за медицинской помощью является боль. Она сопутствует большинству заболеваний и патологических состояний, в связи с чем, купирование болевого синдрома – одна из наиболее важных задач в терапии различных заболеваний.

В последние 30-40 лет отмечается неуклонный рост острых и хронических болевых синдромов в общей структуре заболеваемости. Распространение хронической боли в обществе приняло характер эпидемии и составляет, по оценкам разных авторов, от 15 до 70%. Большая распространенность болевых синдромов оборачивается значительными материальными, социальными и нравственными потерями, негативным образом влияя на качество жизни человека.

Боль – неприятное ощущение и эмоциональное переживание, ассоциированное с имеющимся или потенциальным повреждением тканей, или же состояние, описываемое больным в терминах такого повреждения и определяемое сенсорной информацией, аффективными реакциями и когнитивной деятельностью [6].

Среди хронических болевых синдромов наиболее распространены боли в спине, головные боли (хроническая головная боль напряжения), скелетно-мышечные боли, боли у онкологических больных, нейропатические боли.

Одним из инновационных подходов к купированию различных видов острых и хронических болевых синдромов является ингаляционное использование терапевтических доз медицинского ксенона – лекарственного препарата КсеМед®.

Перспектива применения ксенона обусловлена наличием у этого газа ряда физическо-химических и биологических свойств, которые с успехом могут быть использованы в рамках комплексного лечения болевых синдромов различной этиологии [1, 3]:

- обладает выраженным антистрессорным, анальгетическим, анксиолитическим и седативным, миорелаксирующим эффектом;
- снижает концентрацию в крови адреналина и гидрокортизона, незначительно повышая содержание инсулина;
- слабо растворим в жидких средах организма, что обеспечивает быструю индукцию желаемого эффекта и столь же быстрое восстановление нормального состояния сознания после прекращения его ингаляции;
- не вызывает ни физической, ни психической зависимости;
- биологически инертен, не подвергается в организме биотрансформации и быстро элиминируется из него в неизменном виде.

На молекулярном уровне основной точкой приложения ксенона, по мнению Т. Goto [4], Т. Yamakura [8], является постсинаптическая мембрана. По данным В. Lachmann, А. Trouwborst [5] и J. Utsumi [7] анальгетический эффект ксенона осуществляется за счет блокады NMDA-глутаматных рецепторов, а также стимулирующего действия на ретикулярную формацию, активируя антиноцицептивную систему, подавляющую активность нейронов задних рогов спинного мозга.

Целью нашего исследования было опеределение эффективности ингаляций терапевтических доз ксенон-кислородной смеси в лечении головной боли напряжения (ГБН), абзусной головной боли (АГБ).

Головная боль напряжения (ГБН) – наиболее частый вариант головной боли, который отмечается более чем у 50-80% населения. От 20 до 40% людей в популяции страдают ГБН более одного раза в месяц, а 10-20% – еженедельными приступами [3].

Пик заболеваемости приходится на четвертое десятилетие жизни, а вероятность заболеть возрастает с повышением социально-экономического статуса и образовательного уровня человека. Исследования, проведенные в развитых странах, в частности США, демонстрируют, что ГБН занимает третье место по материальным затратам среди неврологических заболеваний после деменции и недостаточности мозгового кровообращения. Частая эпизодическая и особенно хроническая ГБН могут существенно нарушать жизнедеятельность пациента.

Таким образом, ГБН страдают лица наиболее трудоспособного возраста и неадекватная терапия может служить причиной как социальной, так и трудовой дезадаптации.

Наиболее эффективным лечением ГБН является длительный прием антидепрессантов (от 4 – 6 месяцев и более), которые обладают множеством побочных эффектов, из-за чего их применение ограничено особенно у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Абзусная головная боль (АГБ) – это головная боль, которая возникает при избыточном применении лекарственных препаратов. Ее рассматривают как вариант хронической боли напряжения.

АГБ занимает третье место по частоте после мигрени. В популяции абзусная головная боль встречается у 4% пациентов с головной болью. В специализированных клиниках абзус диагностируют у 40% пациентов. Болевые ощущения при злоупотреблении пациентом обезболивающими препаратами (не менее 15 дней в месяц в течение 3 мес и более) беспокоят от 15 дней и более, вплоть до ежедневной.

При АГБ встречаются такие коморбидные расстройства как депрессия, дистимия, панические атаки, тревога, соматоформные расстройства, инсомния, миофасциальный болевой синдром.

Лечение АГБ, помимо приема антидепрессантов, включает отмену абзусного препарата, фармакологическую детоксикацию, адекватное альтернативное обезболивание.

Нами проведено исследование эффективности ингаляций ксенон-кислородной смесью в лечении ГБН (52 пациента) и АГБ (10 человек).

Из всех больных, страдающих ГБН, у 14 отмечалась эпизодическая боль, у остальных – хроническая ГБН. Анамнез заболевания составлял от 3 месяцев до 4 лет. Различные группы анальгетиков регулярно принимали 30 пациентов (от 2 до 8 таблеток в сутки), эпизодически – 5. 17 пациентов в течение 2-4 мес принимали тетрациклические антидепрессанты с незначительным или нестойким временным эффектом.

У пациентов с АГБ заболевание было вызвано в 4 случаях длительным приемом триптанов по поводу диагностированной ранее «мигреноподобной цефалгии», остальные принимали комбинированные анальгетики, в том числе содержащие опиоиды. Длительность заболевания колебалась от полугода до двух лет.

Лечение путем ингаляции ксенон-кислородной газовой смесью с поддержанием концентрации ксенона на уровне 20-35% проводилось на фоне постепенного (при ГБН) или полного (в случае АГБ) отказа пациентов от приема анальгетиков, назначения этим больным минимальных доз антидепрессантов в комбинации с препаратами нейротропного действия продолжительностью от одного до двух месяцев. Пациенты, которым ранее было назначено лечение антидепрессантами, продолжали их прием в прежних дозах.

Эффективность лечения оценивалась по интенсивности приступов боли (по визуальной аналоговой шкале), частоте приступов, количеству употребляемых анальгетиков.

Количество процедур зависело от длительности анамнеза, стойкости клинических проявлений заболевания и составляло при ГБН от 5 до 8 процедур (среднее количество – 6,4), при абзусе – 10-15 (в среднем – 12,2 процедуры). Продолжительность одной ингаляции составляла 15-40 мин (в среднем – 25 мин). Концентрация ксенона в газовой смеси и продолжительность процедуры подбирались индивидуально и определялись при первой «пробной» процедуре по реакции пациентов на ингаляцию смеси.

Ингаляции проводились при ГБН через день или два, при АГБ ежедневно или через день.

Эффект от проводимого лечения у всех пациентов с ГБН отмечался уже после первой процедуры. При ГБН после 3-й процедуры все больные, ранее принимавшие анальгетики, прекратили их прием, после 5-6-й процедуры, как правило, ГБН была купирована. Последующая продолжительность приема антидепрессантов в случае ГБН не превышала 1 мес.

Анализируя катамнез в течение 6-12 мес., ГБН не рецидивировала ни у одного из пациентов. В связи с возникновением синдрома отмены на фоне постепенного снижения дозы антидепрессантов 6 пациентам с длительным (более трех месяцев) их приемом, проведены дополнительные ингаляции ксенон-кислородной смеси (2-3 процедуры), что позволило полностью нивелировать его проявления.

При АГБ стойкий положительный эффект после первого курса ингаляций смеси и на фоне приема антидепрессантов был достигнут у 5 пациентов (полный отказ от приема препаратов, ставших причиной заболевания). В двух случаях проведен повторный курс лечения с тем же эффектом. В трех случаях удалось снизить дозу принимаемых препаратов (в двух – комбинированные анальгетики, содержащие опиоиды, и в одном – триптаны) в два раза, при этом у этих пациентов изначально отмечалась недостаточная мотивация на излечение.

Таким образом, наш опыт показывает эффективность применения ингаляций ксенон-кислородной смеси в комплексном лечении ГБН и АГБ. В последнем случае ксенон стал препаратом, обеспечивающим адекватное альтернативное обезболивание.

Метод позволил значительно сократить сроки лечения этих категорий больных, продолжительность приема психотропных препаратов различных групп, длительный прием которых, как правило, вызывает неблагоприятные побочные эффекты. Одним из важных преимуществ ксенона в отличие от традиционной лекарственной терапии является высокая скорость анксиолитического эффекта, отсутствие седации, улучшение когнитивных функций, сохранение скорости внимания.

Литература

1. Бубеев, Ю.А. Применение медицинского ксенона при лечении связанных со стрессом психических расстройств невротического уровня / Ю.А. Бубеев, В.В. Бояринцев, Н.И. Базий [и др.] / Метод. рекоменд. – М., 2014. – 29 с.
2. Буров, Н.Е. Патогенетические основы ингаляционной терапии ксеноном / Н.Е. Буров // Ксенон и инертные газы в медицине. Матер. третьей конф. анестезиол.-реаниматол. мед. уч. МО РФ. – М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2012. – С. 25-30.
3. Чутко, Л.С. Психовегетативные расстройства в клинической практике / Л.С. Чутко, Л.Н. Фролова. – СПб.: Наука, 2005. – 176 с.
4. Goto, T. Bispectral analysis of the electroencephalogram does not predict responsiveness to verbal command in patients emerging from xenon anaesthesia / T. Goto, Y. Nakata, H. Saito [et al.] // Br. J. Anaesth. – 2000. – Vol. 85. – P. 359-363.
5. Lachmann, B. Xenon anesthesia and its analgesic effects / B. Lachmann, A. Trouwborst, W. Schairer [et al.] // Abstr. of the 9th World Congress on Anaesthetics. – Vol 1. – Washington, DC: World Congress on Anaesthetics, 1988. – A0079.
6. Classification of Chronic Pain. Seattle: IASP Task Force on Taxonomy / Ed. by Merskey, Bogduk. – International Association for the Study of Pain, 1994.
7. Utsumi, J. Effect of xenon on central nervous system electrical activity during sevoflurane anaesthesia in cats: comparison with nitrous oxide / J. Utsumi, T. Adachi, J. Kurata [et al.] // Br. J. Anaesth. – 1998. – Vol. 80, N5. – P. 628-633.
8. Yamakura, T. Effects of gaseous anesthetics nitrous oxide and xenon on ligand-gated ion channels. Comparison with isoflurane and ethanol / T. Yamakura, R.A. Harris // Anesthesiology. – 2000. – Vol. 93. – P. 1095-1101.

ОЦЕНКА СВЯЗИ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛИ И ЭНМГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ

Андреева Г.О., Емельянов А.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: В структуре нервных болезней заболевания периферической нервной системы составляют 48% и занимают первое место среди хронических болезней населения. 60-80% всех случаев заболеваний периферической нервной системы (от 5 до 15% в общей структуре заболеваемости) приходится на спондилогенные радикулопатии [1]. При этом характер и выраженность болевого синдрома не всегда соответствует степени повреждения корешков, что затрудняет оценку эффективности лечения, показания к хирургическому лечению и экспериментальные выводы у военнослужащих.

Материалы и методы: Нами обследовано и проведено лечение 214 больных с радикулопатиями и выраженным корешковым или корешково-ишемическим синдромом пояснично-крестцовой и шейной локализации, из них 147 (68,7%) мужчин, 67 (31,3%) женщин, средний возраст составил 42,4±10,1 лет. Диагноз выставляли на основании данных клинического, электрофизиологического, нейровизуализационного методов исследования. Группу сравнения составили 32 пациента с радикулопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника с сопоставимыми клиническими и электрофизиологическими проявлениями. Критерием отбора являлась длительность болей дольше 3 месяцев. Болевой синдром оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (мм) [5] и опроснику нейропатической боли DN 4 (балл) [3]. Выраженность депрессивных расстройств оценивали с помощью шкалы Монтомери-Асберга (MADRS) (балл) [4]. Для оценки реактивной тревоги (РТ) (балл) и личностной тревожности (ЛТ) (балл) применяли методику Спилбергера-Ханина [2].

Всем больным группы исследования проводилась комплексная медикаментозная терапия с включением дифференцированных методов иглотерапии и подбора анксиолитиков, транквилизаторов и антидепрессантов в зависимости от стадии заболевания, назначением психотерапии. Больным группы сравнения проводилась терапия с применением антидепрессантов и антиконвульсантов в рамках общепринятого лечения болевого синдрома.

Клинические, психофизиологические показатели оценивались до начала лечения, через 4 недели и через 8 недель от начала лечения. Электрофизиологические показатели оценивались до начала лечения и через 8 недель от начала лечения.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета Statistica for Windows, а так же блока статистической обработки данных табличного редактора Excel. Результаты исследования проверили на нормальность распределения. В тексте статьи приведены показатели средних арифметических величин и ошибки средней величины ($M \pm m$). Заключение о статистической значимости давалось при уровне вероятности ошибочного значения P не менее 0,05.

Результаты исследования: До лечения болевой синдром был средней и высокой степени выраженности и варьировал по ВАШ от 31 до 81 мм (в среднем 54±13 мм в группе исследования, 54±11 мм в группе сравнения). У больных группы исследования через 4 недели от начала лечения было отмечено улучшение показателей боли, которые в среднем составили 23±16 мм, и достоверно ($p < 0,01$) отличались от предыдущего этапа обследования и от средних показателей группы сравнения ($p < 0,05$). Через 8 недель позитивная динамика продолжилась, средние значения показателей боли составили 14±15 мм, и достоверно ($p < 0,01$) отличались от начального этапа исследования и от средних показателей группы сравнения ($p < 0,05$). В группе сравнения средние показатели по ВАШ через 4 недели составили 42±11 мм, однако, достоверное изменение показателей боли было отмечено только через 8 недель от начала лечения (34±11 мм) (табл. 1). Была отмечена также положительная динамика в отношении нейропатического характера болей, в группе исследования достоверное улучшение ($p < 0,05$) этих показателей отмечалось на всех этапах обследования через 4 и через 8 недель от начала лечения, в группе сравнения достоверной разницы обнаружено не было (табл. 1). Редукция нейропатических болей через 8 недель была отмечена у 57,8% пациентов группы исследования и у 35,7% больных группы сравнения. Положительная динамика чувствительных нарушений в виде уменьшения зоны гипестезии наблюдалась у 91 (74%) пациента группы исследования и у 16 (44,4%) группы сравнения, уменьшения гиперестезии – у 47 (82,5%) пациентов группы исследования и у 19 (52,7%) группы сравнения.

Таблица 1.

Динамика боли и психофизиологических показателей у больных с радикулопатиями.

Параметры / временной интервал	до лечения		через 4 недели от начала лечения		через 8 недель от начала лечения	
	гр исследования	гр сравнения	гр исследования	гр сравнения	гр исследования	гр сравнения
Уровень боли по ВАШ (мм)	54±13	54±11	23±16*	42±11^	14±15#	34±11#
Нейропатическая боль по DN4 (баллы)	4,5±0,7	4,4±0,5	3,3±0,4*	4,2±0,7	2,7±1,3#	3,6±0,9

Симптом Ласега (градусы)	37,1±6,5	38,3±8,3	61,2±2,3*	52,6±6,2^	83,3±6,4*	69,6±5,7#^
Уровень реактивной тревоги (баллы)	38,5±2,1	39,6±2,1	34,1±1,6*	38,1±1,9^	30,1±1,8*	34,3±2,1#^
Уровень личностной тревожности (баллы)	39,9±1,9	40,8±1,9	35,6±1,7*	38,8±1,4^	32,1±1,9*	36,5±2,4#^
Показатели депрессии по шкале Монтгомери-Асберга (баллы)	20,7±3,0	21,1±2,2	16,4±1,5*	19,5±1,5^	13±1,7*	17,9±1,6^

Примечание: * – различия по сравнению с показателями предыдущего этапа обследования достоверны ($p < 0,01$); # – различия по сравнению с показателями до лечения достоверны ($p < 0,05$), ^ – различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

В результате лечения было отмечено достоверное ($p < 0,05$) улучшение электрофизиологических показателей (табл. 2). До лечения ЭНМГ была проведена 149 больным группы исследования, повторно по результатам лечения – 84 больным. ЭНМГ показатели нормализовались у 32 (38,1%) больных, достоверно улучшились у 46 (54,8%) больных, достоверно не изменились у 6 (7,1%) больных. ЭНМГ исследование до лечения и через 8 недель терапии было проведено 32 больным группы сравнения с диагнозом пояснично-крестцовая радикулопатия с сопоставимой степенью выраженности клинических и электрофизиологических нарушений. Анализ динамики скорости проведения импульса (СПИ) по чувствительным волокнам медиального и латерального подошвенных нервов, поверхностного нерва стопы показал достоверное ($p < 0,05$) улучшение средних значений этого показателя как в группе исследования, так и в группе сравнения (табл. 2).

Таблица 2.

Динамика показателей результатов ЭНМГ исследования больных с хроническими пояснично-крестцовыми радикулопатиями.

ЭНМГ-показатель	до лечения		после лечения	
	гр исследова- вания (n = 149)	гр сравне- ния (n = 32)	гр исследова- вания (n = 84)	гр сравне- ния (n = 32)
<i>N. plantaris m.</i> чувствительные волокна СПИ, м/с	29,5±3,5	30,3±3,2	42,5±3,1*	37,5±3,4*
<i>N. plantaris l.</i> чувствительные волокна СПИ, м/с	32,7±3,2	33,2±2,8	41,2±4,1*	39,5±3,3*
<i>N. peroneus superficialis</i> чувствительные волокна (стопа)				
латентный период мс	9,3±2,4	8,9±2,7	4,6±2,1*	5,4±2,8
Амплитуда С-ответа, мВ	16,4±0,5	15,8±2,1	18,6±1,4	17,4±2,5
СПИ, м/с	36,8±3,6	37,6±4,4	49,7±2,9 *	45,1±3,0*

Примечание: * – различия между показателями до лечения и результатов лечения достоверны ($p < 0,05$).

В результате лечения отмечались изменения психофизиологического статуса больных. В группе исследования динамика тревожных нарушений была более выраженной, по отношению к группе сравнения. Нормализация показателей РТ и ЛТ была отмечена у 65% больных группы исследования и у 13% больных группы сравнения, уменьшение РТ и ЛТ отмечалось у 28,8% больных группы исследования и у 17,4% больных группы сравнения, отсутствие достоверных изменений у 6,1% больных группы исследования и у 69,6% больных группы сравнения. Достоверное улучшение ($p < 0,01$) показателей РТ и ЛТ обнаружено в группе исследования через 4 и через 8 недель терапии, в группе сравнения статистически значимая разница ($p < 0,05$) отмечена через 8 недель лечения; достоверные различия ($p < 0,05$) между группами отмечены через 4 и через 8 недель от начала лечения (табл. 1). Депрессивные расстройства в группе исследования были купированы у 31,9% больных, у 61,7% больных они стали менее выраженными, у 6,4% больных степень выраженности депрессивных нарушений осталась прежней. В группе сравнения уменьшение выраженности депрессивных расстройств отмечалось у 62,5% больных, отсутствие динамики – у 37,5% больных. Средние показатели выраженности депрессии по MADRS в группе исследования до начала лечения составляли 20,7±3 баллов, через месяц от начала проводимого лечения – 16,4±1,5 баллов, через 2 месяца – 13±1,7 балла ($p < 0,01$), в группе сравнения эти показатели составляли соответственно: 21,1±2,2; 19,5±1,5; 17,9±1,6 баллов. Была отмечена достоверная ($p < 0,05$) разница средних показателей депрессии между группой исследования и группой сравнения при обследовании через 4 и через 8 недель лечения.

Полученные результаты дают основания полагать, что при хроническом болевом синдроме успешное купирование боли связано не только с улучшением невралной проводимости по чувствительным нервам (которое было достигнуто как в группе исследования, так и в группе сравнения), а в значительной мере с изменением психофизиологических показателей, что свидетельствует о доминирующей роли дисфункции надсегментарных структур. Так, у больных группы исследования были купированы тревожные, депрессивные нарушения, достоверно снизились показатели боли по ВАШ, купированы нейропатические проявления боли. У больных группы сравнения результат лечения был достоверно хуже ($p < 0,05$), значимое снижение средних показателей боли и тревожных расстройств отмечалось только через 8 недель терапии, при этом сохранялся нейропатический характер болей и депрессивные нарушения.

Заключение: Анализ полученных данных показал, что субъективная оценка характера и выраженности болевого синдрома в большей степени связана с динамикой аффективных нарушений, чем с изменениями ЭНМГ показателей, что имеет высокую патогенетическую значимость и влияет на прогноз заболевания.

Достоверное отличие показателей боли, тревоги и депрессии ($p < 0,05$) между группой исследования и группой сравнения подтвердило преимущества целенаправленной медикаментозной терапии аффективных расстройств в сочетании с ИРТ и психотерапевтической коррекцией в лечении хронических болей с учетом стадии заболевания.

В оценке результатов лечения хронического болевого синдрома у больных с заболеваниями периферической нервной системы следует в большей степени опираться на динамику показателей аффективных нарушений.

Литература

1. Одинак, М. М. Заболевания и травмы периферической нервной системы: руководство для врачей / М.М. Одинак, С.А. Живолупов. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 367 с.
2. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга / Ю.Л. Ханин. – Л.: ЛНИИ ФК, 1976. – 18 с.
3. Bouhassira, D. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnosis questionnaire (DN4) / D. Bouhassira, N. Attal, H. Alchaar [et al.] // Pain. – 2005. – Vol. 114, N1/2. – P. 29-36.
4. Montgomery, S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382-389.
5. Masur, H. Visual analogue scale (VAS) / Scales and scores in neurology. Quantification of neurological deficits in research and practice // H. Masur, K. Papke, S. Althoff [et al.]. – Thieme Stuttgart : New York, 2004. –94 p.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЛЕВОПОЛУШАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Антонова Н.А., Кузнецова Е.Б., Шоломов И.И.

СарГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Актуальность: Инсульт – одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. По данным национальной ассоциации по борьбе с инсультом в России ежегодно регистрируется 450 тысяч инсультов. При этом заболеваемость инсультом в Российской Федерации составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год. [1,3,4]

В нашей стране инвалидизация вследствие инсульта (3,2 на 10 000 населения в год) занимает первое место (40-50%) среди патологии, являющейся причиной инвалидности. На данный момент в России насчитывается около 1 млн. инвалидов, лишь не более 20% лиц, перенесших инсульт, возвращаются к труду. При этом потери государства от одного больного, получившего инвалидность, составляют 1 247 000 рублей в год.[3]

Имеется множество факторов риска развития инсульта, однако степень значимости их различна. Главными факторами риска мозгового инсульта являются артериальная гипертония, патология сердца, атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга и сахарный диабет.

В последние годы алекситимию рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний, в том числе психосоматических. Среди здорового населения алекситимические черты присущи по разным данным от 5 до 23% населения [2,5,6]. Логично предположить, что наличие данных особенностей у пациентов неврологического профиля будет утяжелять клиническую картину заболевания и усложнять реабилитационный период. Учитывая высокую медицинскую и социальную значимость инсульта, различные реабилитационные проблемы у данной категории больных, настоящее исследование было проведено у пациентов с инфарктом головного мозга, находящихся в позднем восстановительном периоде.

Цель исследования: изучить нейропсихологический статус (включающий алекситимию, тревогу и депрессию) у пациентов с инфарктом головного мозга в бассейне средней мозговой артерии слева в позднем восстановительном периоде и разработать способы коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 2 группы пациентов: 1 – основная (ОГ), которая включала 30 пациентов с инфарктом головного мозга (ИМ) в бассейне левой средней мозговой артерии в позднем восстановительном периоде (6 месяцев от начала заболевания) и 2 – сравнения (ГС), которая включала 10 пациентов с хронической ишемией головного мозга (ХИМ). Распределение по полу в ОГ: женщин – 10 человек (33,3%), мужчин – 20 (66,7%). Возраст пациентов колебался от 50 до 70 лет. Средний возраст составил 61,6±7,1 года. В ГС распределение по полу и возрасту было сопоставимо с ОГ. Распределение пациентов ОГ в зависимости от неврологического дефицита: с речевыми нарушениями – 18 человек (60%), с пирамидной симптоматикой (включая парезы и параличи) – 12 (40%). Уровень алекситимии изучался с помощью 26 – пунктовой Торонтской шкалы алекситимии (TAS -26)[7]. Дополнительно определялся уровень тревоги и депрессии с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Результаты: В ходе исследования было обнаружено, что 60% пациентов (n=18) ОГ имеют выраженные алекситимические черты (эти пациенты набрали по шкале TAS свыше 74 баллов); 40% пациентов (n=12) набрали от 62 до 74 баллов, что соответствует пограничному уровню. Пациентов ОГ, у которых отсутствует алекситимия, в ходе исследования нами не было выявлено. В группе сравнения было обнаружено, что у 70% пациентов (n=7) алекситимии не было выявлено (результат по шкале TAS менее 62 баллов), 20% пациентов (n=2) набрали от 62 до 74 баллов, что соответствует пограничному уровню; и только 1 пациент набрал более 74 баллов по шкале TAS. что у пациентов ОГ уровень алекситимии был достоверно выше, чем у пациентов ГС. В то время по уровню тревоги и депрессии достоверных различий между ОГ и ГС обнаружено не было. Исследование показало, что для пациентов как ОГ, так и ГС характерна субклинически выраженная тревога и депрессия – средний балл по шкале тревоги/депрессии – 10,0±1,4 /9,8±2,4 и 10,25±1,83 /9,3±1,2 соответственно.

При изучении уровня алекситимии, тревоги, депрессии в ОГ в зависимости от неврологического дефицита было выявлено, что у пациентов с речевыми нарушениями результат по шкале TAS достоверно выше, чем у пациентов с пирамидной симптоматикой – 80,3±4,0 и 68,25±7,13 баллов соответственно, что соответствует наличию выраженной алекситимии. Пациенты же с пирамидной симптоматикой имеют пограничный уровень (находятся в зоне риска по развитию алекситимии). Больные с речевыми нарушениями имеют более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению с группой пациентов с пирамидной симптоматикой: 9,2±2,5/10,6±3,6 и 8,0±1,82/8,3±3,7 баллов соответственно.

Изучение выраженности алекситимии в основной группе пациентов в зависимости от пола показало, что результаты по шкале TAS- 26 у мужчин по сравнению с женщинами составляют 77,3±7,7 и 68,5±6,4 баллов соответственно. Это указывает на выраженную алекситимию у мужчин и её пограничный уровень у женщин в позднем восстановительном периоде инфаркта головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии.

Анализ уровня алекситимии у пациентов с расстройствами речи в этой же группе в зависимости от гендерной принадлежности следующие результаты. У мужчин с речевыми расстройствами средние значения по

шкале TAS – 26 составило $81,8 \pm 1,92$ балла, что соответствует выраженной алекситимии, в то время как у женщин – $65,5 \pm 6,4$ баллов, что соответствует пограничному уровню. Также была выявлена прямая сильная корреляционная связь между уровнем тревоги, депрессии и уровнем алекситимии ($r = 1,0$) – чем выше уровень тревоги и депрессии, тем выше уровень алекситимии.

Учитывая обнаруженные изменения эмоционального статуса у больных, в ОГ пациентов к традиционному лечению была добавлена комбинация из двух препаратов. Первый препарат – анксиолитик (афобазол) либо антидепрессант (флувоксамин). Они назначались в соответствующих дозировках сроком на 1 месяц. Вторым препаратом являлся антиоксидант «Мексидол», который назначался внутривенно струйно по 5,0 мл №10, затем с переходом на пероральный прием – по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца. При осмотре в динамике было выявлено, что у пациентов ОГ после лечения указанной комбинацией препаратов отмечается достоверное снижение среднего балла по шкале TAS- 26 и шкале тревоги / депрессии – $65,5 \pm 5,3$ и $8,7 \pm 1,3 / 8,8 \pm 1,9$ баллов соответственно, что соответствует пограничному уровню алекситимии и субклинически выраженной тревоги / депрессии.

Обсуждение: Патогенез этих нарушений, выявленных в ходе исследования, мы объясняем, опираясь на результаты Петровой Н.Н. и Леонидовой Л.Л. [5]. У пациентов с инсультом имеет место повышенный титр антифосфолипидных антител, что влечет за собой изменения реологических свойств крови со сдвигом равновесия в её свертывающей системе в сторону гиперкоагуляции, развитию повышенной вязкости крови. Повышенная чувствительность к развивающейся гипоксии лимбико-ретикулярного комплекса может проявиться нарушениями в эмоционально – волевой сфере, развитием алекситимии и определять предрасположенность этих больных к развитию алекситимии. Развитие алекситимии, на наш взгляд, происходит по этому сценарию.

Наличие более выраженной алекситимии у пациентов с речевыми расстройствами, в частности у мужчин, можно предположительно объяснить с позиций теории межполушарной асимметрии. Известно, у мужчин ведущим является левое полушарие, что уже подразумевает физиологическое снижение активности правого полушария, а значит, гипотетически имеется предрасположенность к развитию алекситимии за счет функциональных особенностей межполушарных взаимодействий. Также можно предположить, что у мужчин в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии, на первый план выходит педагогическая алекситимия. Она характеризуется социокультурными стереотипами, связанными с воспитанием «настоящих мужчин», то есть мужчин, которые «не распускают нюни», «не жалуются», «не плачут».

Положительный ответ на терапию комбинацией анксиолитика и антиоксиданта позволяет предположить, что алекситимические черты наших пациентов носят вторичный характер. Следует отметить, что алекситимия требует комплексного подхода, то есть необходимо сочетание фармакотерапии и психотерапевтического воздействия.

Выводы:

1. Для инфаркта головного мозга левополушарной локализации характерным является возникновение не только очаговых неврологических, но и эмоционально-волевых нарушений, что проявляется повышением уровня алекситимии, тревоги и депрессии, которые в свою очередь зависят от неврологического дефицита (выше – у больных, имеющих речевые нарушения) и пола пациента (выше – у мужчин).

2. Наличие явной алекситимии у пациентов с инфарктом головного мозга приводит к нарушению адекватной самооценки физического и психического состояния, что требует коррекции – сочетания фармакотерапии и психотерапевтического воздействия. Добавление к основному лечению комбинации анксиолитика/антидепрессанта в сочетании с антиоксидантной терапией (мексидол) приводит к достоверному снижению уровня алекситимии, тревоги, депрессии, способствуя улучшению результатов реабилитации данной категории больных.

Литература

1. Кадыков, А.С. Сосудистые заболевания головного мозга: справочник / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова. – М.: Миклош, 2006. – 191 с.
2. Калинин, В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством / В.В. Калинин // Соц. и клин. психиатрия. – 1995. – Т. 5, №4. – С. 96-102.
3. Маркин, С.П. Восстановительное лечение больных, перенесших инсульт / С.П. Маркин. – М., 2009. – 126 с.
4. Парфенов, В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика, лечение / В.А. Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №4. – С. 84-88.
5. Петрова, Н.Н. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения / Н.Н. Петрова, Н.Н. Леонидова // Вестн. Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Вып. 3. – С. 32-43.
6. Провоторов, В.М. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией / В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский [и др.] // Пульмонология. – 2000. – №3. – С. 30-35.
7. Taylor, G.J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / G.J. Taylor, D. Ryan, R.M. Bagby // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44, N4. – P. 191-199.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ВАЛЬДОКСАНОМ СМЕШАННЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Белопасов В.В., Мирбабаева Н.Н.

Астраханский ГМУ, г. Астрахань

Изменения в психоэмоциональной сфере больных в острейшем и остром периоде ишемического инсульта отличаются большим разнообразием. Среди клинических проявлений доминируют аффективные расстройства, определяющие поведенческую активность пациента на преодоление острого стресса, каковым является острое развитие мозгового кровообращения и ассоциированный с ним неврологический дефицит. Развивающиеся паттерны реагирования и адаптивных реакций заметно отражаются на эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, качестве жизни больных, медицинском и социальном прогнозе. В период осознания сохраняющейся функциональной ограниченности и потери привычных социальных связей тревожно-депрессивный характер аффекта становится доминирующим [1]. В связи с этим профилактика и лечение постинсультной депрессии являются необходимым компонентом адекватной стратегии комплексного лечения больных при этапном восстановлении психических и двигательных функций.

Цель исследования: оценить влияние антидепрессанта вальдоксана (агомелатина) на состояние эмоциональной сферы больных в различные периоды ишемического инсульта.

Материалы и методы: Аналитическая оценка эффективности антидепрессанта проводилась путем сравнения на 3-ий день заболевания, через 1 и 3 месяца. Диагноз устанавливали в соответствии с современной классификацией ишемического инсульта и критериев TOAST [2], определение локализации и объема инфаркта мозга проводили с учетом клинических данных, результатов исследования ликвора и КТ головного мозга («Somatom Sensation 4», Siemens, Германия). В основную группу (ОГ) вошло 163 человека (мужчин – 84, женщин – 64, средний возраст $64,8 \pm 10,2$ лет). Больные с афазией исключены из исследования. Аналогичный подход был использован к группе сравнения (ГС), не имеющей отличий от основной группы по возрасту, характеру неврологической и соматической патологии, её локализации (число больных 64, из них мужчин – 36, женщин – 28). У большинства развитие острого нарушения мозгового кровообращения произошло на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии. Для оценки неврологического статуса, повседневной активности, нарушений жизнедеятельности и их выраженности использовали шкалы NIHSS, Рэнкина и индекс Бартел. Диагностика аффективных расстройств осуществлялась с помощью опросника CES-D, валидизированного А.В. Андрющенко с соавт. (2003), степень тяжести депрессии и тревожных расстройств определяли в баллах. Вальдоксан назначали с первых дней заболевания в стандартной дозе 1т (25 мг) в сутки вечером на протяжении 3-х месяцев (срок для достижения устойчивого терапевтического эффекта). Различия сравниваемых показателей считались статистически значимыми при достижении уровня достоверности $p \leq 0,05$.

Результаты исследования: На 3-ий день заболевания легкое депрессивное расстройство (≥ 17 баллов) выявлено у 20 человек (средний балл $20,0 \pm 0,5$), выраженное (≥ 26 баллов) – у 109 (средней тяжести – у 22, средний балл $28,9 \pm 0,2$, тяжелое – у 87, средний балл $42,0 \pm 0,9$). У остальных (34 чел.) результативная оценка была менее 18 баллов.

При втором тестировании (после месяца лечения Вальдоксаном) выраженное депрессивное расстройство сохранялось у 42 (средней тяжести – у 16, средний балл $29,7 \pm 0,1$, тяжелое – у 26, средний балл $36,6 \pm 0,9$), легкое – у 52 (средний балл $20,3 \pm 0,3$), остальные (69 чел.) отрицали наличие у себя депрессивных симптомов.

Через 3 месяца терапии наличие легкого депрессивного расстройства констатировано – у 21 (средний балл $20,2 \pm 0,4$), выраженного у 15 больных (средней тяжести – у 9, средний балл $28,4 \pm 0,2$, тяжелое – у 6, средний балл $32,3 \pm 0,3$), отсутствие такового – у 127. Наряду с уменьшением числа больных с выраженной депрессией, заметно ($p \leq 0,01$) снизилась балльная оценка симптомов негативного аффекта. Эту тенденцию можно проследить на рис. 1.

По окончании курса лечения число больных с выраженной зависимостью (индекс Бартел от 21 до 60 баллов) уменьшилось с 59,7% до 48,8% ($p \leq 0,05$), а с умеренной зависимостью (индекс Бартел от 61 до 90 баллов) возросло с 22,2% до 31,7% ($p \leq 0,05$).

В группе сравнения (64 чел.), не получающих Вальдоксан, в острейшем периоде инсульта выраженность депрессивной симптоматики не отличалась по результатам опроса (шкала CES-D) от больных основной группы. Легкое депрессивное расстройство (18 – 26 баллов) имелось у 16 человек (средний балл $20,0 \pm 0,5$), выраженное (≥ 27 баллов) – у 39 (средней тяжести – у 12, средний балл $28,9 \pm 0,24$, тяжелое – у 27, средний балл $42,0 \pm 0,9$). У остальных (9 чел.) диагностические признаки депрессии отсутствовали.

Через 1 месяц негативная динамика психического статуса была выявлена у 42 больных. У человека результаты тестирования соответствовали критериям выраженной депрессии (средней тяжести – у 16, средний балл $29,7 \pm 0,1$, тяжелой – у 26, средний балл $36,6 \pm 0,9$), у 22 – легкой (средний балл $20,3 \pm 0,3$).

Через 3 месяца выраженные депрессивные нарушения сохранялись у 45 человек (средней тяжести – у 29, средний балл $28,4 \pm 0,2$, тяжелые – у 16, средний балл $32,3 \pm 0,3$), легкие у 19 (средний балл $20,2 \pm 0,4$). Их наличие больные связывали с отсутствием ожидаемого восстановления двигательных функций и потерей веры в возможное улучшение. Согласно оценке физической активности по шкале Бартел, полная функциональная зависимость (суммарная оценка – $15,8 \pm 1,4$ балла) имелась у 16 (19,8%), выраженная ($53,9 \pm 1,2$ балла) – у 35 (43,2%), умеренная ($68,4 \pm 0,8$ балла) – у 26 (32,1%).

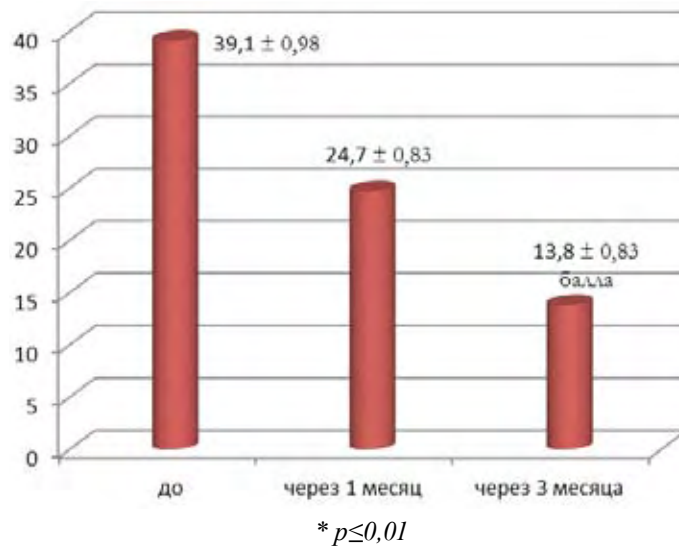


Рис.1. Показатели среднего суммарного балла оценки уровня депрессии у больных с ишемическим инсультом до и через 3 месяца приема вальдоксана

Сравнительная оценка изменений показателей уровня депрессии, по данным опросника CES-D, у больных основной группы и группы сравнения дана в таблице 1.

Таблица 1.

Уровень самооценки депрессии у больных основной группы и группы сравнения на фоне проведения реабилитационных мероприятий

Сроки обследования	Тяжесть депрессии (в баллах)		
	легкая	средней тяжести	выраженная
При поступлении	ОГ 20,0±0,5	ОС 28,9±0,2	ОГ 42,0±0,9
	ГС 20,1±0,6	ГС 28,6±0,2	ГС 45,2±1,7
Через 1 месяц	ОГ 20,3±0,3	ОГ 29,7±0,1	ОГ 36,6±0,9
	ГС 23,4±0,8	ГС 28,8±0,2	ГС 38,4±1,2
Через 3 месяца	ОГ 20,2±0,4	ОГ 28,4±0,2	ОГ 32,3±0,3
	ГС 22,4±0,6	ГС 28,5±0,2	ГС 39,4±0,8**

** $p \leq 0,01$

Из приведенных данных следует, что спустя 3 месяца после развития инсульта уровень депрессии у больных группы сравнения был достоверно выше ($p \leq 0,01$), чем у больных, получающих вальдоксан с первых дней заболевания. Антидепрессивное действие препарата проявилось при всех степенях депрессии, недостаточный клинический эффект или отсутствие его наблюдали лишь у больных с выраженными двигательными нарушениями. В связи с этим назначение вальдоксана следует рассматривать как эффективное средство профилактики постинсультной депрессии и повышения реабилитационного потенциала на всех этапах восстановительного лечения больных с неврологическим дефицитом.

Выводы: раннее назначение вальдоксана способствует не только раннему регрессу психической симптоматики, но и изменяет отношение больного к лечению, независимо от выраженности двигательных нарушений.

Литература

1. Гусев, Е.И. Депрессивные расстройства у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями / Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 208 с.
2. Суслина, З.А. Практическая кардионеврология / З.А. Суслина, А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина [и др.]. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. – 304 с.
3. Адрющенко, А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общей медицинской практики / А.В. Адрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, №5. – С. 11-18.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ИНСУЛЬТЕ

Бельская Г.Н., Лузанова Е.И., Макарова Л.Д., Сергиенко Д.А., Степанова С.Б.

Южно-Уральский ГМУ, г. Челябинск

Введение: Сосудистые заболевания мозга – это актуальная медицинская и социальная проблема всего мира. Одна из основных причин неблагоприятного течения инсульта и летального исхода – это развитие осложнений, профилактика и лечение которых, является на сегодняшний день серьезной проблемой. Наиболее опасные для жизни соматические осложнения – нозокомиальная пневмония (НП) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), которые возникают в подавляющем большинстве случаев при инсультах.

Цель исследования: Определение частоты таких осложнений, как нозокомиальная пневмония и тромбоэмболия легочной артерии при ишемических инсультах и кровоизлияниях в мозг нетравматического генеза.

Материалы и методы: Нами проанализировано 2960 историй болезни пациентов 45-65 лет, находившихся на лечении в неврологическом отделении (НО) для больных с нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска за 4 года с диагнозом – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Из них 2245 больных с диагнозом – инфаркт мозга; 715 – с диагнозом геморрагического инсульта.

Частота развития таких осложнений как НП и ТЭЛА в остром периоде церебрального инсульта составила 8.9%. При инфарктах мозга НП развивалась в 5.1% случаев, ТЭЛА – в 2.3% случаев. При кровоизлияниях в мозг НП развивалась в 18.5% случаев, ТЭЛА – в 4.3% случаев.

НП при кровоизлияниях в мозг (18.5%) развиваются в 3.6 раза чаще, чем при инфарктах (5.1%). ТЭЛА при кровоизлияниях в мозг развивается в 1.8 раза чаще, чем при инфарктах (4.3% случаев при кровоизлияниях и 2.3% случаев при инфарктах). Таким образом, НП, и ТЭЛА осложняют 22.8% кровоизлияний и 7.4% инфарктов мозга.

При развитии ТЭЛА летальность больных составила одинаково высокие цифры в группах больных с инфарктами мозга и больных с кровоизлияниями в мозг (98% в группе больных инфарктом мозга и 96.7% в группе больных с кровоизлияниями в мозг). Летальность больных от НП составила 62.6% у больных с инфарктами мозга и 39.4% больных с кровоизлияниями.

По **результатам** проведенной работы очевидно, что ТЭЛА относится хотя и к редким (2.3% случаев при инфарктах мозга и 4.3% случаев кровоизлияний в мозг), но наиболее жизнеопасным осложнениям острого периода инсульта, при развитии которого 97.5% случаев заканчивается летально. Это объясняется внезапным развитием и молниеносным течением данного состояния. В связи с крайне неблагоприятным прогнозом, при развитии данного осложнения, большая роль должна уделяться профилактике данных осложнений, в частности ТЭЛА.

За период наблюдения отмечена отчетливая тенденция к снижению частоты развития ТЭЛА при ОНМК, частота развития НП в обеих группах также имеет тенденцию к снижению. Это связано с внедрением в практику работы НО для больных с НМК системы мер профилактики ранних осложнений инсульта – НП (табл.1) [1] и ТЭЛА: выявление факторов риска развития НП (табл. 2) [2] и ТЭЛА, использование шкалы клинической оценки инфекции легких (Clinical Pulmonary Infection Score – CPIS, рис.1) [3], для оценки вероятности наличия у пациента НП, ранняя мобилизация пациента, своевременное выявление дисфагии и постановка [3] назогастрального зонда в течение первых часов от госпитализации, регулярный уход за ротовой полостью, раннее назначение антибактериальной терапии, соответствующей спектру возбудителей, при выявлении НП [4].

Кроме того, для диагностики НП всем пациентам рентгенография (РГ) органов грудной клетки должна выполняться не только в передне-задней, но и в боковой проекциях, а при наличии технических возможностей компьютерная томография органов грудной клетки [5]. Установлено, что у больных с острым инсультом при диагностике НП фронтальная РГ легких имеет низкую чувствительность [4]. РГ дает возможность установить не только сам факт наличия очаговой инфильтрации легочной ткани (с определением ее локализации), но оценить и степень тяжести НП (мультилобарная инфильтрация, быстрое прогрессирование пневмонической инфильтрации, кавитация). Очевидна польза РГ и в выявлении такого осложнения НП, как плеврит [5].

Параметры	Баллы по шкале CPIS		
	0	1	2
Секрет ТБД	Нет или почти нет	Обильный	Обильный, гнойный
Рентген грудной клетки	Без инфильтратов	Диффузные инфильтраты	Очаговые инфильтраты
Температура тела	36,0–38,4 °С	38,5–38,9 °С	< 36,0 °С или > 39,0 °С
Количество лейкоцитов в крови (10 ⁹ /мм ³)	4–11	< 4 или > 11	< 4 или > 11 + сегментоядерные нейтрофилы > 50 %
РвО ₂ /FIO ₂ , мм рт.ст. ¹	> 240 или РДСВ	–	< 240 + нет ARDS
Микробиология секрета ТБД	Отрицательная ²	–	Положительная

Рис. 1. Модифицированная шкала клинической оценки инфекции легких (Clinical Pulmonary Infection Score – CPIS) [3].

Примечание: ¹при подаче больному 100% кислорода; ²<10⁴КОЕ/мл (при микробиологическом исследовании бронхоальвеолярной лаважной жидкости); РДСВ – респираторный дистресс-синдром взрослых.

Таблица 1.

Протокол профилактики нозокомиальной пневмонии в ОРИТ у больных в остром периоде инсульта (Гусаров В.Г. с соавт., 2006).

Принципы	Комментарии
1. Активное применение методов защиты дыхательных путей и респираторной поддержки.	Показаниями для интубации трахеи (как метод защиты трахеобронхиального дерева): - нарушение сознания (9 б. и ниже по шкале ком Глазго); - псевдобульбарные и бульбарные расстройства; - нейрогенная гипервентиляция (уровень $paCO_2 < 25$ мм рт.ст.).
2. Ранняя трахеостомия (на 1-2 сут. от интубации трахеи).	
3. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики при манипуляциях с дыхательными путями больного.	
4. Профилактика микроаспирации:	- использование эндотрахеальных трубок с возможностью надманжеточной аспирации и автоматической поддержкой заданного давления в манжетке; - постоянная аспирация содержимого надманжеточного пространства.
5. Систематическая обработка полости рта 0,05% водным раствором хлоргексидина не реже 3 раз в сутки.	
6. Использование закрытых систем для санации трахеи.	
7. Отказ от плановых санационных фибробронхоскопий.	
8. Предотвращение контаминации оборудования:	- предпочтительное применение теплообменных фильтров при проведении ИВЛ; - в случае применения активного увлажнения дыхательной смеси смена контура аппарата ИВЛ 1 раз в 3-7 суток или при явных признаках загрязнения
9. Оптимизация респираторной поддержки:	использование концепции безопасной ИВЛ; - раннее использование режимов респираторной поддержки, обеспечивающих возможность самостоятельного дыхания; - ежедневная оценка готовности больного к прекращению ИВЛ.
10. Отказ от профилактического введения антибиотиков при проведении ИВЛ.	
11. Раннее начало зондового питания с соблюдением принципов профилактики регургитации:	- постепенное увеличение объема энтерального питания в течение 4-7 дней до необходимого уровня энергетических потребностей; - приподнятое положение головного конца кровати до угла 30-45°; - контроль положения желудочного зонда и объема остаточного содержимого желудка; - индивидуальный выбор режима питания.
12. Выполнение гастростомии при отсутствии ближайших перспектив возобновления перорального питания (наиболее часто на 14-28 сутки).	
13. Ранняя активизация и нейрореабилитация больного.	

Таблица 2.

Факторы риска развития нозокомиальной пневмонии (Hubmayr R.D. et. al., 2002 с измен.)

Со стороны пациента	Связанные с медицинскими манипуляциями
- возраст; - курение; - заболевания органов дыхания - прочие коморбидные состояния (сердечная недостаточность, сахарный диабет, почечная недостаточность, алкоголизм и пр.); - недостаточное питание; - кома; - ожоги; - метаболический ацидоз; - любой очаг инфекции в организме, являющийся потенциальным источником гематогенного распространения; - плохая гигиена полости рта	- длительная госпитализация; - горизонтальное положение пациента на спине; - интубация трахеи, повторные интубации, трахеостомия; - искусственная вентиляция легких (ИВЛ) - медикаментозная терапия (седативные лекарственные средства, миорелаксанты, антациды, H2-блокаторы, глюкокортикоиды, цитостатики и другая иммуносупрессивная терапия); - фибробронхоскопия; - наличие желудочного зонда и питание через него; - энтеральное питание; - использование венозных катетеров; - перекрестное инфицирование

Заключение: Таким образом, анализ проведенной нами работы обосновывает эффективность принципов профилактики ранних осложнений инсульта (нозокомиальной пневмонии и ТЭЛА), основанных на использовании современных клинических протоколов и шкал.

Литература

- Кузнецов, А.Н. Ишемический инсульт. Диагностика. Лечение. Профилактика: карманный справочник / А.Н. Кузнецов, О.И. Виноградов, С.С. Кучеренко. – М.: РАЕН; 2012.
- Hubmayr, R.D. Statement of the 4th International Consensus Conference in Critical Care in ICU-Acquired Pneumonia, Illinois, May, 2002 / R.D. Hubmayr // Intensive Care Med. – 2002. – Vol. 28. – P. 1521-1536.
- Fartoukh, M. Diagnosing pneumonia during mechanical ventilation: the clinical pulmonary infection score revisited / M. Fartoukh, V. Maitre, S. Honore [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2003. – Vol. 168, N2. – P. 173-179.
- Гусаров, В.Г. Диагностика и факторы риска нозокомиальной пневмонии у больных тяжелым инсультом / В.Г. Гусаров, М.Н. Замятин, Б.А. Теплых [и др.] // Вестн. НМХЦ им. Н.И. Пирогова. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 59-65.
- Чучалин, А.Г. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – Т.7, №1. – С. 4-31.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ

Бочкарева Н.В., Подсевакин В.Г., Кирюхина С.В., Подсевакина С.В.

Мордовская РПБ, пос. Звездный, Лямбирский р-н, Республика Мордовия, Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск

Широкая распространенность стресс-обусловленных психических расстройств и существенное влияние хронических форм данных заболеваний на качество жизни пациентов определяет актуальность изучения фармакологической коррекции невротического развития личности. Снижению социальной и трудовой активности пациентов при хронических невротических расстройствах способствуют развивающиеся когнитивные нарушения. Наличие расстройств когнитивных функций при непсихотических формах психических расстройств подтверждается в работах ряда авторов [1, 3, 4]. При традиционной терапии невротического развития личности существует проблема усугубления нарушенных когнитивных функций нежелательными эффектами антидепрессантов, транквилизаторов и антипсихотических средств, что приводит к дальнейшей дезадаптации пациентов [2, 5].

В связи с этим **целью** исследования явилось изучение динамики когнитивных нарушений при невротическом развитии личности при лечении с применением сульпирида, пароксетина, диазепама, тимогена и мексидола в условиях гипербарической оксигенации.

Материалы и методы: Проведено простое рандомизированное сравнительное в параллельных группах исследование в отделении пограничных состояний ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская психиатрическая больница», с информированного добровольного согласия пациентов согласно статье 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Критерии включения пациентов в наблюдение: наличие невротического развития личности, обусловленного психогенией, значимой для больного, с длительностью психопатологических расстройств более 5 лет и соответствующего критериям МКБ 10 (F62.1 – стойкое изменение личности после психического заболевания). Критериями исключения пациентов из исследования были: длительный предшествующий прием психотропных препаратов, клаустрофобия, острые и обострения хронических заболеваний внутренних органов, онкопатология, наличие органической причины психического расстройства, непереносимость исследуемых лекарственных препаратов, отсутствие связи развившегося расстройства с психотравмой, участие в других клинических исследованиях за последние три месяца.

Критериями эффективности для итоговой оценки результатов лечения являлось восстановление когнитивных функций пациентов, оцениваемое по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE).

В наблюдении участвовали 120 пациентов, которые, в зависимости от вида фармакологического воздействия, были распределены на 3 группы. Пациентам первой группы назначалась традиционная терапия: сульпирид в суточной дозе 100 мг в/м в течение первых 15 дней, затем по 200 мг внутрь 2 раза в день до 30 дней, антидепрессант пароксетин в суточной дозе 40 мг в сутки однократно утром в течение 30 дней, анксиолитик диазепам 10 мг в/м 1 р/д 30 дней. (n= 40). Пациентам второй группы базовая терапия дополнялась антиоксидантом мексидолом 200 мг в/в кап. первые 20 дн., 375 мг внутрь в табл. последующие 10 дней. После проведения иммунологического обследования при выявлении дисбаланса иммунных реакций с 10-го дня наблюдения проводилась терапия иммунокорректором тимогеном 0,1 мг в/м ежедневно в течение 10 дней, затем ч/з день № 5. Одновременно осуществляли лечение методом гипербарической оксигенации в барокамерах типа БЛКС-301 и 303 МК 0,8-1,0 атм 40 мин 1 р/д первые 21 дн. (n= 40). Пациенты третьей группы получали терапию: антидепрессант пароксетин в суточной дозе 40 мг в сутки однократно утром в течение 30 дней, анксиолитик диазепам 10 мг в/м 1 р/д 20 дней, антиоксидант мексидол 200 мг в/в кап. первые 20 дн., 375 мг внутрь в табл. последующие 10 дней, иммунокорректор тимоген 0,1 мг в/м первые 10 дн. ежедневно, затем ч/з день № 5, ГБО 0,8-1,0 атм 40 мин 1 р/д первые 21 дн. (n= 40). Оценка когнитивных функций проводилась до лечения и по окончании курса терапии во всех трех группах наблюдаемых. Итоговый балл выводился путем суммирования результатов по каждому из пунктов шкалы MMSE.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования выявлено, что основными симптомами невротического развития личности, обуславливающими процессы дезадаптации, являются трудности концентрации внимания, ухудшение способности усваивать новую информацию и принимать решения, снижение памяти и умственной работоспособности. Ухудшение когнитивных функций субъективно воспринимается как дефект личности, неспособность к продолжению привычной деятельности. Кроме того, клиническое состояние пациентов усугубляется пессимистической оценкой будущего, снижением самооценки и постоянной личностной тревогой, утратой привычных интересов и снижением жизненной активности. Это приводит к снижению способности фиксировать новую информацию, приобретать навыки и выполнять повседневные дела, а затем – к снижению адаптационных возможностей и социальной активности.

В первой группе пациентов, получающих сульпирид, пароксетин и диазепам, к 30 дню терапии не происходило улучшения когнитивных функций: выявленные при поступлении в стационар легкие когнитивные нарушения ($25,88 \pm 2,41$ баллов) сохранялись на всем протяжении лечения и составили на 30-ый день терапии $24,92 \pm 1,34$ баллов.

Во второй и третьей группах исследуемых показатель когнитивных функций значительно улучшился по сравнению с исходными данными и показателями первой группы и составил $28,03 \pm 1,23$ баллов и $29,39 \pm 1,56$ баллов соответственно, что свидетельствует об отсутствии когнитивных расстройств.

Выводы.

1. Комбинация антиоксиданта, иммунокорректора, гипербарической оксигенации и антидепрессанта, анксиолитика, антипсихотического средства положительно влияет на когнитивные функции пациентов, улучшая концентрацию внимания, восстанавливая количественные и качественные расстройства памяти, повышая умственную работоспособность.

2. Полное восстановление когнитивных функций при невротическом развитии личности в третьей группе наблюдения позволяет исключить из схемы психотропного лечения антипсихотическое средство, оставив только антидепрессант и анксиолитик в сочетании с антиоксидантом, иммунокорректором, гипербарической оксигенацией.

Литература

1. Аведисова, А.С. Влияние антидепрессантов на интеллектуально-мнестические функции как отражение их поведенческой токсичности / А.С. Аведисова, С.А. Спасова // Соц. и клин. психиатрия. – 2000. – №2. – С. 30-34.
2. Кирюхина, С.В. Экспериментально-клиническое обоснование патогенетической фармакологической коррекции обсессивно-фобических, конверсионных, астенических расстройств: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук: 14.03.06, 14.01.06 / Кирюхина Светлана Владимировна. – Саранск, 2010. – 41 с.
3. Колотильщикова, Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств: дисс. ... д-ра психолог. наук / Колотильщикова Е.А. – СПб., 2011. – 532 с.
4. Подсевакин, В.Г. Нейроиммунное реагирование при невротических расстройствах у пожилых больных / В.Г. Подсевакин, С.В. Кирюхина, С.В. Подсевакина, Д.С. Блинов // Клин. геронтология. – 2007. Т. 14, №8. – С. 15-17.
5. Подсевакин, В.Г. Изучение динамики уровня циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов периферической крови под влиянием метаболической терапии при конверсионном расстройстве / В.Г. Подсевакин, Е.В. Говш, С.В. Кирюхина, С.В. Подсевакина // В сб.: Наука в современном информационном обществе. Материалы IV международной научно-практической конференции. – Науч.-издат. центр «Академический», 2014. – С. 61.
6. Burt, D.B. Depression and memory impairment: a metaanalysis of the association, its pattern, and specificity / D.B. Burt [et al.] // Psychol. Bull. – 1995. – Vol. 117. – P. 285-305.

СТРУКТУРА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОНМК С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ

Бояршинова И.В., Колина И.Г., Бахарева Е.В.

Клинический кардиологический диспансер, г. Омск

Соматоформные расстройства – это достаточно распространенная группа психогенных заболеваний, в клинической картине которых психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживаются никаких органических проявлений, либо степень их выраженности минимальна. В этой связи мы провели работу в неврологическом отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по выявлению категории пациентов, у которых соматовегетативные нарушения имитировали транзиторную ишемическую атаку.

За шестимесячный период (август 2014 г.- январь 2015 г.) мы наблюдали 28 пациентов, поступивших в неотложном порядке в неврологическое отделение для больных с ОНМК с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторную ишемическую атаку. Это контингент женщин трудоспособного возраста в диапазоне от 37 до 59 лет. Ввиду того, что на мультиспиральной МСКТ головного мозга характерных очаговых изменений у них не обнаружено и церебрососудистые проявления у большей части из них подверглись редукции в течение последующих 24 часов, им был выставлен первичный диагноз: «Преходящее нарушение мозгового кровообращения». К тому же у 22 женщин имелась фоновая компенсаторная соматическая патология в виде артериальной гипертензии I стадии, вертеброгенной энцефалопатии I стадии, НЦД по центральному типу с преобладанием симпатического компонента и эндокринных дисфункций на фоне климактерического периода. Однако, находясь под наблюдением неврологов, получая базовый курс нейрометаболической и ангиопротекторной терапии у части пациенток возобновились жалобы соматического круга (18), либо отсутствовала положительная динамика в лечении (10). Это послужило поводом направить их на консультацию врача психиатра-психотерапевта и клинического психолога.

В ходе психиатрического обследования в анамнезе у 24 пациенток было выявлено присутствие стресса как острог сверхактуального для личности (сгорел дом, умер родитель, гибель ребенка, потеря должности) – у 5 человек; подострого ситуационного, связанного с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения – 7 человек, так и пролонгированного ситуационного, приводящего к стойкому психическому перенапряжению (болезнь родственников, неустроенная личная жизнь, дефицит материальных ресурсов) – у 12 человек.

Клинико-психологическое обследование этой категории пациенток с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросников по алекситимии, акцентуациям характера диагностировало у 23 из них средний уровень тревоги и депрессии и характерологические особенности в виде эмоциональной лабильности, ананкастных и истероидных проявлений.

У них были определены соматоформные расстройства, проявлявшиеся следующими вариантами:

1. Депрессивный синдром (маскированный вариант) с выступающими на первый план цефалгическими, дизартрическими, дисмнестическими или амнестическими «масками» (у девяти). Психотравма и её последствие этой категорией пациентов осознавалась. Медикаментозная коррекция тревожно-депрессивных проявлений уже в течение первой недели устраняла соматоформные проявления заболевания.

2. Конверсионный синдром, проявляющийся анестезией, парезом конечности, преходящей глобальной амнезией, дисфагией, афонией, атаксией (у двенадцати). Полезно отметить, что среди этой категории женщин с акцентуацией характера по истероидному типу было меньше (четыре), чем эмотивных (три), тревожных (четыре) и аффективно-лабильных (одна). Этиологический фактор в данном случае – это острый, мощный стресс, запустивший конверсионную реакцию психологической защиты от него, поэтому в первичной беседе с психотерапевтом часть женщин либо отрицала психологическую проблему, либо считала её неактуальной в контексте своих физических страданий. И симптоматика носила более устойчивый характер, присутствовала тревожная и фобическая реакция пациенток на нее, и она редуктировалась в основном посредством психотропной терапии. У личностей же с демонстративным радикалом в характере стресс носил более тривиальный характер, обусловлен чаще конфликтной ситуацией на работе или в семье, прослеживалась условная выгода от «симптома», топика телесной сенсации не соответствовала локализации при неврологическом заболевании, описания жалоб пациентами были эмоционально окрашены, да и «симптомы» ундулировали соответственно их эмоциональному настрою. В данном варианте к более стабильному результату приводила психологическая коррекция.

3. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы выявлена у 4 пациенток в возрасте 38-45 лет, у которых проявления цефалгии, зрительно-пространственной дезориентации, эпизода потери сознания возникли уже после перенесенной стрессовой ситуации, носившей хронический характер (длительный уход за больным родственником, судебная тяжба, измены супруга, завершившиеся бракоразводным процессом). Психосоматический (астенический) срыв в данном варианте возник в результате выраженного истощения психических функций, задействованных во время стрессового периода. И комплексная медикаментозная коррекция (анксиолитическая, нейрометаболическая, витаминотерапия, кардиометаболическая) в сочетании с физиопроцедурами, общеукрепляющими воздействиями способствовала купированию псевдосимптомов ТИА.

А вот у 6 пациенток обнаружены проявления алекситимии с параноидными чертами характера и гиперответственностью. У этой же группы отмечались более выраженные соматические изменения в виде артериальной гипертензия I-II стадии, хронического напряжения мышц шейно-плечевого отдела, искривленного хода вертебральных артерий в поперечных отростках цервикальных позвонков (по результатам дуплексного сканирования ЭКА), изменений глазного дна в форме ангиопатии сетчатки. Протекающий же с выраженным гормональным дисбалансом климактерический период (у 2 женщин), вызывающий ангиоспазм и ТИА-подобную симптоматику явился показанием для направления этих пациенток к гинекологу-эндокринологу. А вот стрессы как таковые в восприятии этой группы пациенток имели не критический уровень, в основном хронические, и они обладали способностью рационально и поведенчески к ним адаптироваться. В этой связи вестибуло-атактические и цефалгические проявления у них мы отнесли к ангиocereбральному регистру, выставив диагноз: «Транзитроно-ишемическая атака в системе вертебро-базиллярных артерий».

Таким образом, актуальным на сегодняшний день становится изучение особенностей проявлений соматоформных расстройств в общесоматической (неврологической) сети, что позволит врачам неврологам дифференцировать цереброваскулярные заболевания от невротических состояний и осуществлять адекватную терапевтическую поддержку.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ПРОЛАКТИНА И ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЭПИЛЕПСИИ У МАЛЬЧИКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гузева В.И., Гузева В.В., Гузева О.В.

СПбГПМУ, Санкт-Петербург

Введение: Сложным и недостаточно изученным является механизм участия гормонов в эпилептогенезе.

В норме секреция стероидных гормонов регулируется гипоталамо-гипофизарно-гонадной системой по механизму обратной связи. Гипоталамус регулирует высвобождение гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) из переднего гипофиза, которые, в свою очередь, стимулируют продукцию андрогенов, эстрадиола и прогестина. Известно, что пролактин, через посредство дофамина, влияет на снижение секреции ФСГ и ЛГ гипофизом [4]. Андрогены и эстрадиол осуществляют обратную регуляцию деятельности гипоталамуса и гипофиза [3, 6].

Структурные изменения мозга, ассоциированные с эпилепсией, эпилептические приступы и эпилептиформная активность могут вызывать изменения секреции гонадотропинов и пролактина, влияя на уровни половых гормонов [5].

Несмотря на то, что к настоящему времени проведено большое количество исследований по изучению взаимовлияния эпилепсии и содержания гормонов в крови, данные их неоднозначны и противоречивы.

Материалы, методы и результаты исследования содержания гормонов у мальчиков в зависимости от формы эпилепсии.

Обследовано 39 мальчиков в возрасте от 8 до 17 лет с различными формами эпилепсии, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении в клинике нервных болезней Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Определение содержания гормонов в крови детей проводилось в соответствии с инструкциями по применению набора реагентов для иммуноферментного определения гормонов в сыворотке крови человека, учрежденных МЗ РФ.

Полученные данные обрабатывались статистически [1].

Диагноз соответствовал Международной классификации эпилепсии и эпилептических синдромов [2].

Распределение обследованных детей с эпилепсией по возрастным группам, в зависимости от диагноза и исследуемых гормонов, представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от формы эпилепсии и исследованных гормонов в крови

Гормоны	Возраст (лет)	Общее число больных	Распределение больных по диагнозам			
			Генерализованная идиопатическая эпилепсия	Генерализованная симптоматическая эпилепсия	Фокальная симптоматическая височная эпилепсия	Прочие симптоматические фокальные эпилепсии (лобные, затылочные, теменные и др.)
ФСГ	8-11	16	3	6	2	5
	12-17	23	3	8	9	3
ЛГ	8-11	16	3	6	2	5
	12-17	23	3	8	9	3
Пролактин	8-17	32	4	12	9	7

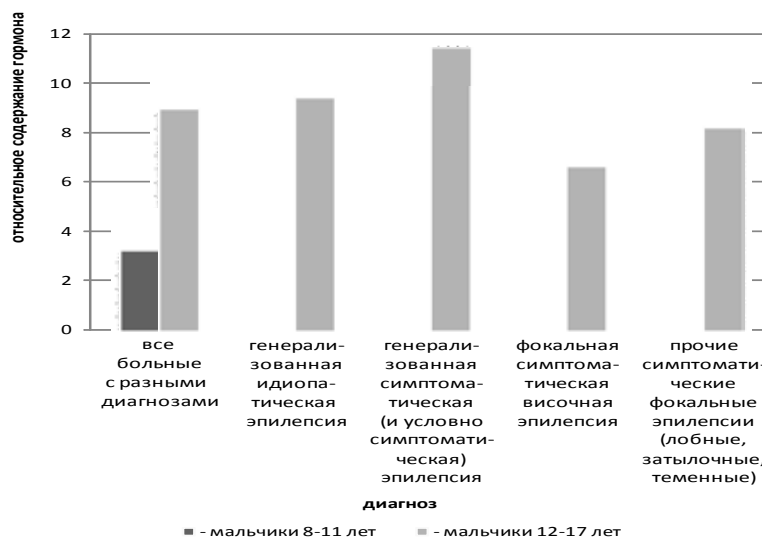


Рис. 1. Содержание фолликулостимулирующего гормона в крови у мальчиков с эпилепсией

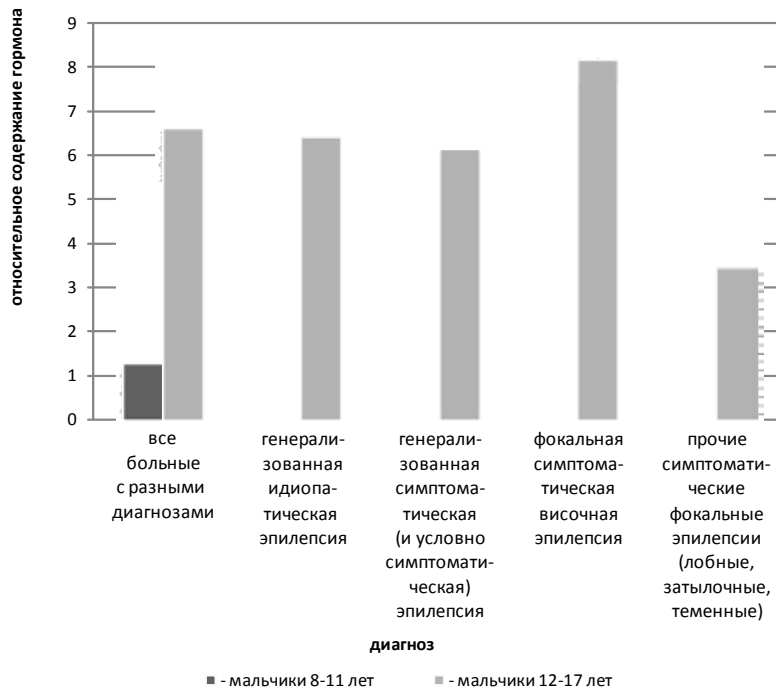


Рис. 2. Содержание лютеинизирующего гормона в крови у мальчиков с эпилепсией

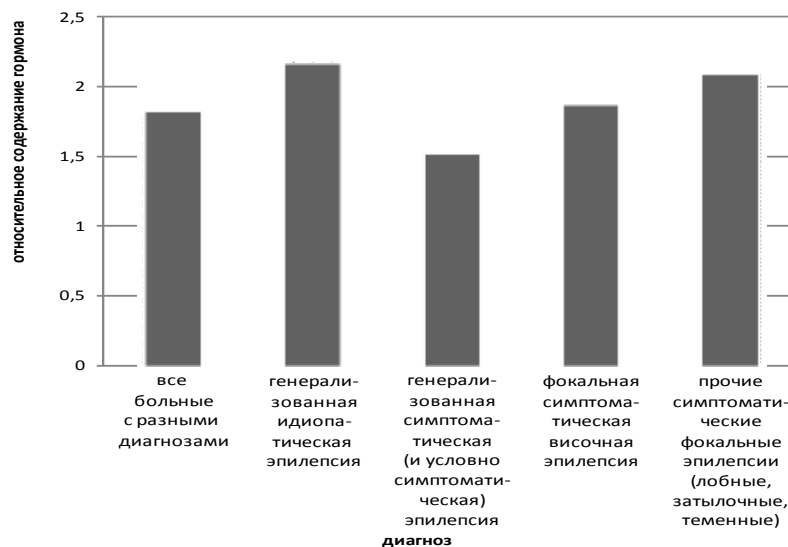


Рис. 3. Содержание пролактина в крови у мальчиков с эпилепсией

Данные о взаимосвязи относительного содержания исследуемых гормонов в крови и формы эпилепсии представлены на графиках (рисунки 1-3).

Наиболее высокое относительное содержание ФСГ у мальчиков 12-17 лет выявлено при генерализованной симптоматической эпилепсии, наиболее низкое – при симптоматической височной эпилепсии. У детей младшей возрастной группы наиболее высокие значения ФСГ отмечены при симптоматических фокальных формах эпилепсии, наиболее низкие – при генерализованной идиопатической эпилепсии.

Относительное содержание ЛГ у детей старшей возрастной группы наиболее высокое при симптоматической височной эпилепсии, наиболее низкое – при фокальной симптоматической эпилепсии другой локализации. У детей младшей возрастной группы самые высокие значения относительного содержания ЛГ выявлены при генерализованной идиопатической эпилепсии, а самые низкие – при генерализованной симптоматической эпилепсии; среди симптоматических фокальных форм – выше при височной эпилепсии.

При генерализованной идиопатической эпилепсии относительное содержание пролактина – наиболее высокое, при симптоматической генерализованной эпилепсии – наиболее низкое. Содержание пролактина при симптоматической височной эпилепсии сходно со средним содержанием у всех больных, но ниже, чем при других симптоматических фокальных формах эпилепсии.

Заключение: В ходе исследования получены данные содержания гормонов у детей младшей и старшей возрастных групп с генерализованными формами эпилепсии. У детей младшего возраста выявлено повышенное содержание ЛГ и сниженное – ФСГ при идиопатической эпилепсии, а при симптоматической, наоборот, снижено содержание ЛГ и повышено ФСГ. Изменения в содержании этих гормонов у детей старшего возраста похожи, но менее выражены.

У обследованных детей содержание пролактина было выше при идиопатической, ниже – при симптоматической генерализованной эпилепсии.

У детей младшей возрастной группы отмечено повышение содержания ФСГ и ЛГ с фокальными формами эпилепсии, а у мальчиков старшей возрастной группы – снижение, за исключением повышения уровня ЛГ при фокальной височной форме эпилепсии. Содержание пролактина оказалось ниже при височной фокальной эпилепсии.

Литература

1. Смирнов, Н.В. Курс теории вероятностей и математической статистики / Н.В. Смирнов, И.В. Дудин-Барковский. – М: Наука, 1969. – 512 с.
2. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes // *Epilepsia*. – 1989. – Vol. 30. – P. 389-399.
3. Hall, J.E. Gonadotropins and the gonad: Normal physiology and their disturbances in clinical endocrine diseases / J.E. Hall, W.F. Crowley / *Endocrinology* / Ed. by Degroot L.J., Besser M., Burger H.G. – 3rd ed. – Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1995. – P. 242-258.
4. Leong, D.A. Neuroendocrine Control of Prolactin Secretion / D.A. Leong, L.S. Frawley, J.D. Neill // *Ann. Rev. Physiol.* – 1983. – Vol. 45. – P. 109-127.
5. Quigg, M. Interictal and postictal circadian and ultradian luteinizing hormone secretion in men with temporal lobe epilepsy / M. Quigg, J.M. Kiely, M.L. Johnson [et al.] // *Epilepsia*. – 2006. – Vol. 47. – P. 1452-1459.
6. Riskind, P.N. Functional anatomy of the hypothalamic – anterior pituitary complex / P.N. Riskind, J.B. Martin / *Endocrinology* / Ed. by Degroot L.J., Besser M., Burger H.G. – 3rd ed. – Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1995. – P. 151-159.

ЭПИЛЕПСИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: АНАЛИЗ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Горелик А.Л., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Введение: Удельный вес пациентов с «поздней эпилепсией» среди всех больных эпилепсией составляет 11% [1-3, 8]. Несмотря на активное изучение эпилепсии пожилого возраста (в дальнейшем ЭПВ), в настоящий момент исследования нейрофизиологии эпилепсии этой группы занимают скромное место в оценке деятельности мозга при данной патологии как в начале заболевания, так в динамике реабилитационного процесса [4, 5]. На смену топической, описательной системе локальных и межполушарных проявлений активности различных диапазонов частот приходит методология пространственно-временной организации патологических состояний головного мозга, её динамической сути, в том числе при изучении непсихотических психических расстройств при эпилепсии [6, 7, 9, 10].

Цель исследования: определить наиболее общие и специфические ЭЭГ характеристики, по данным спектрального анализа когерентности и мощности у больных эпилепсией пожилого возраста, выявить возможные корреляционные связи с частотой и степенью проявления эмоционально-аффективных нарушений.

Материалы и методы исследования: исследованы три группы пациентов (181 наблюдение), 1-ая контрольная группа наблюдений 40 человек (20 мужчин, 20 женщин) без грубых неврологических заболеваний, 2-ая группа 101 пациент (59 мужчин и 42 женщины), в которой заболевание осложнилось развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. В 3-ей группе 41 пациент, с последствиями инсульта (20 мужчин и 21 женщина) пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-ой группы составил 63,00 года (60,0-65,0 лет), 2-ой группы: 62,5 года (61,5-65,0 лет), 3-ей группы 62,5 года (61,5-65,0 лет). В ходе исследований анализировали показатели ЭЭГ по средней когерентности (СРКОГ), спектральной мощности (СМ), когерентности по каналам (КОГК), учитывались средние (0.45-0.649) и сильные (0.65-1.00) индексы когерентности при обработке ЭЭГ. Психологическое тестирование осуществлялось с использованием опросников SCL-90-R (Derogatis et al., 1974), шкал депрессии Бека (BDI, А.Т. Beck, 1961), Гамильтоновской шкалы депрессии (HRDS), шкалы тревоги Спилбергера (STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976).

Результаты: При исследовании спектральной мощности (СМ) ЭЭГ выявлена значимая статистическая разница между показателями нормы, 1-ой группы (N=40 пациентов), со 2-ой группой (N=101, симптоматическая эпилепсия). Нарастание спектральной мощности в дельта и тета-диапазонах, особенно в лобных и височных областях, с сохранением этих показателей в бета-диапазоне в лобных и центральных областях, при сравнительно однородной картине этого показателя в альфа-диапазоне. Такая же выраженная разница спектральной мощности прослеживается при сравнении 2-ой и 3-ей групп пациентов.

В результате исследования ЭЭГ, с применением оценки когерентности по каналам, получены следующие данные: в 1-ой контрольной группе (N=40), мы наблюдаем сильные когерентные индексы КИ (больше 0.65) только в альфа-диапазоне, с локализацией в лобных областях (Fp, Fp2, F3, F4, F7, F8) и правой затылочно-теменной (O2, P4). Количество сильных когерентных связей нарастает в 3-ей группе (последствия ОНМК) во всех диапазонах, особенно альфа, с преимущественной локальностью в передне-лобных, височных и затылочно-височных областях

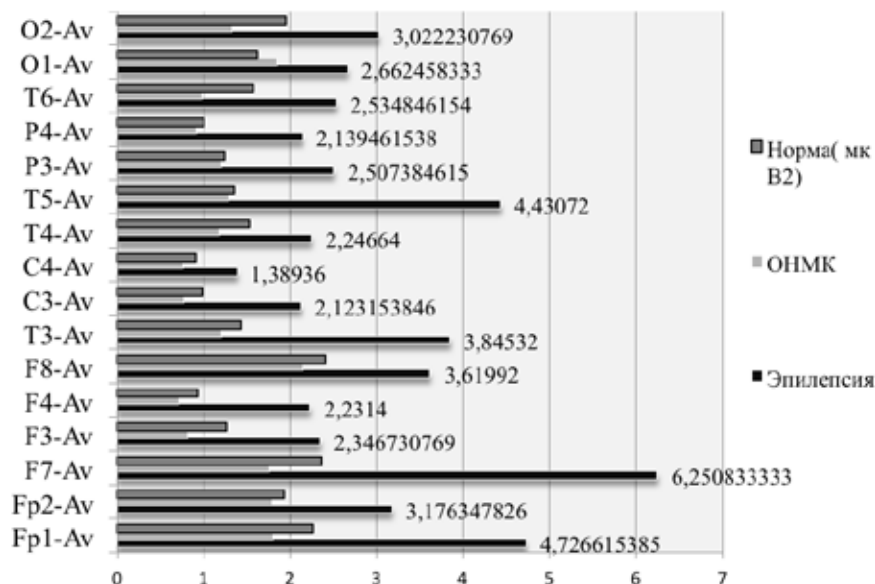
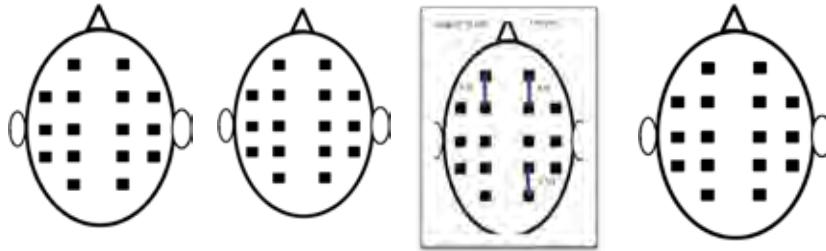
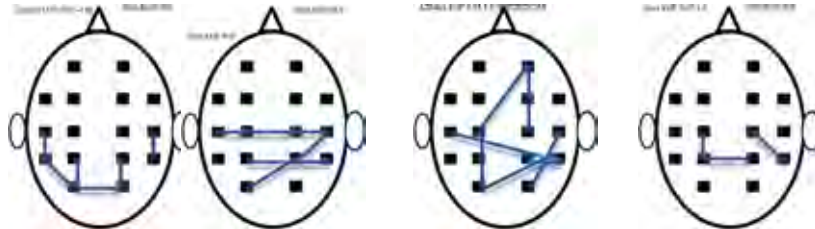


Рис. 1. Спектральная мощность дельта-ритма в сравниваемых группах исследования

Группа №1. Контрольная группа пациентов. N=40



Группа №2 Симптоматическая эпилепсия. N=101



Группа №3 Последствия ОНМК. N=41

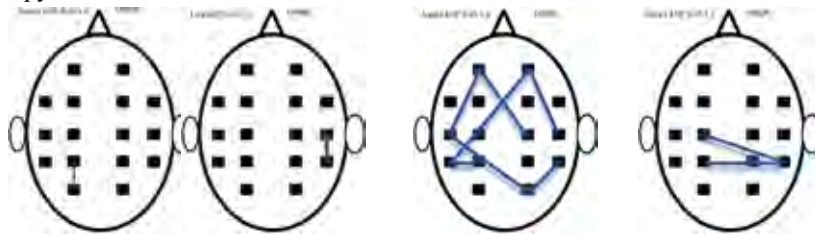


Рис. 2. Сравнительный анализ когерентностей по каналам, с сильным индексом коэффициента когерентности (0,65-1,0) ЭЭГ

(Fp1, Fp2, T3, T5, P3, O2), со смещением активности в левую гемисферу, то есть наличием межполушарной асимметрии. Наибольшее количество «новых» патологических связей во всех диапазонах наблюдается во 2-ой группе пациентов: значимые различия в дельта и тета-диапазонах с формированием межполушарных связей (Т6-Р3, Т4-Т3, Р4-О1), с последующим увеличением количества этих связей в задней височной области, передней лобной справа, теменной области слева (Т6, Т5, F8, Р3). (см. рис. 2).

Ведущее место в структуре непсихотических психических нарушений (НПР) у исследованных нами больных занимало депрессивное и тревожное расстройство: депрессия была обнаружена у 56,3% больных эпилепсией и 10,8% больных, перенесших только ОНМК, а тревожное расстройство – у 8,7% и 54,1%, соответственно. Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах составили 34,81±2,73 и 28,57±3,07 баллов, а по шкале HRDS – 21,84±1,50 и 13,79±1,36 (p≤0,01), соответственно. При исследовании симптоматической психопатологии, по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI составил 1,21 баллов во второй группе (ЭПВ) и 0,70 – в третьей (последствия ОНМК). Выявлена зависимость выраженности депрессии и тревоги от локальных фокусов эпилептической активности в группе пациентов с эпилепсией (таб. 1).

Таблица 1.

Распределение показателей депрессии и тревоги в зависимости от очаговой пароксизмальной активности в группе пациентов с эпилепсией пожилого возраста.

Области коры ГМ		Депрессия SCL-90-R	Тревога SCL-90-R	Депрессия (шкала Бека)	Депрессия (шкала Гамильтона)
		Баллы			
*лобно-центральная	F3-F4	1,3494	1,3211	24,0526	21,7895
*центральная	C3-C4	1,6154	1,4500	33,0000	26,0000
центральная и теменная	C3-C4, P3-P4	1,3086	1,2379	25,6207	21,0000
затылочная	O1-O2		,3000	12,0000	15,5000

теменная	P3-P4	1,2303	1,0733	27,6000	20,6000
*височная и центральная	T3-T4, C3-C4	1,4562	1,3200	29,8000	27,5000
лобно-височная	F7-F8	1,1072	,9313	26,3750	20,9375
височная	T3-T4	1,2821	1,2667	31,3333	22,3333

*Примечание: *t*-критерий Стьюдента значимый на уровне $p < 0.05$

Выводы:

1. При оценке ЭЭГ методом сравнения когерентности по каналам (КОГ) выделены значимые различия у больных с ЭПВ, по всем частотным ритмам (дельта, тета, альфа, бета-1), что подтверждает выраженное влияние эпилептического процесса на состояние нейронных связей различных областей головного мозга, в том числе и на усиление непсихотических психических расстройств в группе пациентов с симптоматической эпилепсией.

2. Показатель спектральной мощности ЭЭГ значимо различается в трёх группах обследованных, наибольшие значения определяются у больных с эпилепсией пожилого возраста, что возможно является клинико-нейрофизиологическим предиктором степени активности эпилептического процесса.

3. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ЭПВ статистически значимо повышены показатели эмоционально-аффективных расстройств, с акцентом на усиление депрессии, по сравнению с пациентами перенесшими только инсульт.

4. Нейрофизиологическая картина активности головного мозга, полученная методом кросс-корреляционных сравнений, позволяет предположить наличие взаимовлияний степени локальных нарушений БЭА и выраженности психопатологических проявлений, особенно депрессии у пациентов с симптоматической постинсультной эпилепсией пожилого возраста.

5. Таким образом, мы можем говорить что у больных с эпилепсией пожилого возраста значительно выраженная медленно-волновая активность сильных и средних когерентных связей по сравнению с 1-ой и 3-ей группой пациентов, имеются значимые различия ЭЭГ-картины биоэлектрической активности коры головного, с нарастанием межполушарной асимметрии справа и определенной локальности процессов, затрагивающих в основном передне-лобные и теменно-височные области с формированием стойких, патологических, «новых» когерентных связей.

Литература

1. Авакян, Г.Г. Депрессия и эпилепсия: две стороны одной медали / Г.Г. Авакян, О.Л. Бадалян, С.Г. Бурд [и др.] // Рус. мед. журн. – 2008. – Т. 16, №12. – С. 1653-1658.
2. Дружинин, А.К. Эпилепсия пожилого возраста: качество жизни и аффективные нарушения / А.К. Дружинин, В.А. Михайлов, Л.В. Липатова [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2014. – Т. 6, №3. – С. 66-68.
3. Дружинин, А.К. Качество жизни и аффективные нарушения у больных эпилепсией пожилого возраста / А.К. Дружинин, В.А. Михайлов, Л.В. Липатова [и др.] // Сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: Миф или реальность». – СПб., 2014. – С. 675-677.
4. Калинин, В.В. Мозговая асимметрия и психопатологическая симптоматика. Нейропсихиатрический подход / В.В. Калинин // Функциональная межполушарная асимметрия / Под ред. Н.Н. Боголепова, В.Ф. Фокина. – М.: Научный мир, 2004. – С. 594-609.
5. Карлов, В.А. Эпилепсия и структурно-функциональная организация головного мозга / В.А. Карлов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – №9. – С. 4-8.
6. Киссин, М.Я. Структура и динамика психических расстройств у больных эпилепсией / М.Я. Киссин // Психиатрия. – 2006. – Т. 7. – С. 361-371.
7. Михайлов, В.А. Влияние аффективных расстройств на качество жизни больных постинсультной эпилепсией / В.А. Михайлов, Л.В. Липатова, А.К. Дружинин // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, №8. – С. 148-149.
8. Hauser, A. Epidemiology of newly diagnosed epilepsy / A. Hauser // Epilepsia. – 2004. – Vol. 45. – Suppl. 3. – P. 3.
9. Kanner, A. Depression in neurological disorders / A. Kanner. – Lundbeck Institute, Cambridge Medical Communication Ltd., 2005. – 161 p.
10. Yamada, M. EEG power and coherence in presenile and senile depression. Characteristic findings related to differences between anxiety type and retardation type / M. Yamada, M. Kimura, T. Mori [et al.] // Nippon Ika Daigaku Zasshi. – 1995. – Vol. 62, N2. – P. 176-185.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ДИСТОНИИ

Литвиненко И.В., Гимадутдинов Р.Ф., Дынин П.С., Юрин А.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В 1985 году группа ученых Шеффилдского университета во главе с А. Barker создала магнитный стимулятор [1]. Эта методика стала называться транскраниальной магнитной стимуляцией (ТМС). Благодаря таким качествам, как неинвазивность, относительная простота применения, безболезненность, безопасность ТМС приобрела широкую популярность в диагностике и лечении неврологических и психических заболеваний. В настоящее время исследования продолжаются, расширяется спектр применения, но, несмотря на это точный механизм воздействия метода до конца не изучен.

Физиологической основой ТМС является деполяризация мембраны нервной клетки вследствие генерации электрического поля в глубине тканей, что приводит к появлению и дальнейшему распространению потенциала действия. При этом возбуждается проксимальная часть аксона быстропроводящих мотонейронов на уровне первых трех перехватов Ранвье (D-волна, direct wave) и несколько вставочных нейронов, которые с различной временной задержкой передают возбуждение на мотонейрон (I-волна, indirect wave). Так, в ответ на однократно предъявленный стимул моторной коре появляется залп нисходящих волн возбуждения, конечной мишенью которых являются альфа-мотонейроны, передающие возбуждение периферическим нервам. Кортикальная стимуляция с использованием переменного магнитного поля является одной из самых физиологичных методик, так как при этом возбуждаются именно те корковые нейроны, которые первыми активируются при совершении произвольного движения. Исследования показывают, что ТМС, помимо влияния на возбуждение и торможение [8], по-видимому, затрагивает и некоторые другие аспекты деятельности головного мозга (влияние на мозговую кровоток, продукцию нейротрофического фактора BDNF, выработку дофамина, изменение активности некоторых ферментов).

ТМС может с успехом применяться при стимуляции как поверхностных образований (кора большого мозга, мозжечок, спинной мозг), так и (при использовании специальных Н-койлов) для глубокой стимуляции мозга (гиппокамп, миндалины, стриатума, таламуса, ствола мозга). ТМС может быть представлена как стимуляция одиночными стимулами, так и повторяющимися (ритмическая ТМС), которая в свою очередь может быть высоко- (>1 Гц) и низкочастотной (≤ 1 Гц), стимуляция парными стимулами, theta-burst стимуляция, а так же позволяет выбирать локализацию области применения, интенсивность стимулов, продолжительность воздействия. В результате реализации различных механизмов действия ТМС дает возможность получения различных терапевтических эффектов.

Болезнь Паркинсона (БП) – второе по частоте нейродегенеративное заболевание, клинически характеризуется моторными и немоторными проявлениями, а так же развитием осложнений, связанных с длительным приемом противопаркинсонических препаратов. В отдельных исследованиях показан эффект применения ТМС в качестве лечения симптомов БП, однако ввиду разнообразия клинических проявлений и разных механизмов их реализации не существует универсального протокола проведения ТМС для лечения болезни Паркинсона, что приводит к необходимости коррекции главным образом наиболее актуальных на данный момент проявлений заболевания.

Применение ТМС для лечения болезни Паркинсона условно можно разделить на два направления: лечение моторных проявлений и моторных осложнений (тремор, гипокинезия, мышечная ригидность, постратуральная неустойчивость, флуктуации, дискинезии) и коррекцию немоторных проявлений, главным образом психических (когнитивные нарушения, депрессия). Целью данной работы является обобщение данных современной литературы в области терапевтического применения ТМС, определение наиболее перспективных методик лечения различных проявлений БП.

Применение ТМС для коррекции двигательных расстройств: Применение ТМС в терапии двигательных расстройств основано, в первую очередь, на возможности ТМС изменять возбудимость первичной моторной коры, что в свою очередь стало возможным лишь с появлением ритмической ТМС. Позже была доказана способность низкочастотной ритмической ТМС снижать уровень корковой возбудимости и соответственно усиливать тормозные эффекты ЦНС [9], позднее выявлена аналогичная способность и при высокочастотной (6 Гц) ритмической ТМС, а также при проведении ТМС в режиме theta-burst стимуляции с предъявлением «взрывов» частотой 50 Гц каждые 200 мс [5]. Однако, на практике применение theta-burst стимуляции у пациентов с болезнью Паркинсона не выявило каких-либо значимых изменений в коррекции двигательных нарушений, а лишь привело к уменьшению уровня депрессии [2].

Согласно одному из метаанализов проведенных крупных исследований [6], ритмическая ТМС вне зависимости от режима стимуляции (высокочастотная, низкочастотная), имеет достоверный положительный эффект, улучшая моторные функции по шкале UPDRS.

Другой, более поздний метаанализ, также показал, что в целом процедура rTMS имеет положительное влияние на моторные функции по сравнению с группой плацебо (величина эффекта 0,62) [10]. Однако данное лечение, проводимое в течение 8 недель, имело относительно непродолжительный эффект, и через 1 месяц после его окончания отмечалось снижение показателей моторных функций.

В проведенных исследованиях связанных с терапевтическим применением ритмической ТМС при дистониях, применение низкочастотной стимуляции (0,2 Гц) достоверно улучшало почерк у пациентов при стимуляции премоторной коры. Напротив, ритмическая ТМС соматосенсорной и моторной коры воздействий на дистонические проявления не оказывала. Терапевтический эффект объясняется эффективным ингибированием гиперактивной премоторной коры, участвующей в патофизиологии писчего спазма. Второй стратегией в лечении дистонии является применение высокочастотной рТМС (5 Гц). Также использовалась стимуляция первичной соматосенсорной коры с частотой 5 Гц. Применение данного режима позволило улучшить дискриминационное чувство в пораженной руке, что коррелировало с повышением BOLD-сигнала по данным функциональной МРТ в стимулируемой соматосенсорной коре и одноименной премоторной коре. Данный эффект наблюдался только при дистонии и не проявлялся в группе здоровых лиц и при использовании плацебо процедуры [7].

Исследование 2013 г. показало положительный эффект высокочастотной (5 Гц) рТМС с использованием 8-образного койла области дополнительной моторной коры на улучшение почерка при микрографии. Пациенты выполняли тест письма, заключающийся в непрерывном написании петель или строчной буквы «L» в рамке размерами 0,79x8 дюймов до стимуляции и непосредственно после. Протокол стимуляции дополнительной моторной коры длительностью 6 минут состоял из 1200 стимулов, интенсивностью 110% от порога моторного ответа предъявляемых с частотой 5 Гц. Оценка теста производилась по следующим параметрам: средняя высота букв, средняя скорость достижения верхней точки букв, средняя сила нажима на ручку. В результате ритмической стимуляции в группе испытуемых вертикальный размер букв увеличился с 1,87 см до 1,92 см ($p=0,04$), скорость достижения верхней точки увеличилась с 6,97 см/с до 7,99 см/с ($p=0,01$), среднее давление ручки уменьшилось с 658,94 до 564,64, что являлось статистически не значимым. [4].

Влияние на психические симптомы: Исследования показали, что когнитивный дефицит у пациентов с БП наиболее выражен в случаях сочетания когнитивных нарушений и депрессии. В результате исследования, в котором 25 пациентов с БП в сочетании с депрессией были разделены на две группы: 1 группа получала ритмическую ТМС в режиме 15 Гц, 110% ПМО, курсом из 10 процедур и плацебо, 2 группа получала имитацию ТМС и флуоксетин в дозе 20 мг/сут. [3]. Нейропсихологическое тестирование проводилось до начала лечения, а так же через 2 и 8 недель после завершения десятидневного курса. Пациенты обеих групп имели достоверно более высокие показатели в тестах оценки депрессии и в тестах оценки когнитивных функций. Однако, несмотря на то, что данное исследование не выявило значимой разницы в изменении когнитивных функций между группой пациентов получавшей антидепрессанты и группой пациентов, которым проводилась ТМС, нельзя утверждать, что улучшение когнитивных функций основано лишь на антидепрессивном эффекте ТМС.

Таким образом, наибольшее количество проведенных исследований основано на терапевтическом эффекте, главным образом ритмической ТМС, так как именно она позволяет воздействовать на возбудимость моторной коры, стимулирует секрецию дофамина, а так же приводит к развитию наиболее длительного по времени эффекта на когнитивные функции и уровень депрессии у больных с болезнью Паркинсона. В меньшей степени оправдано применение theta-burst стимуляции, преимущественного влияния только на психические симптомы заболевания. Стимуляция одиночными и парными стимулами на данный момент используется исключительно с диагностической целью. Существуют трудности в сравнении результатов исследований, ввиду того, что исследования проводятся на пациентах с разными стадиями развития БП, получающими различную медикаментозную терапию, используются разные группы сравнения (имитация ТМС на здоровых лицах, имитация ТМС у лиц с БП, контроль пациентов с БП без применения ТМС).

Литература:

1. Barker, A.T. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex / A.T. Barker, R. Jalinous, I.L. Freeston // *Lancet*. – 1985. – Vol. 1. – P. 1106-1107.
2. Benninger, D. Intermittent theta-burst transcranial magnetic stimulation for treatment of Parkinson disease / D. Benninger, B. Berman, E. Houdayer [et al.] // *Neurol*. – 2011. – Vol. 76. – P. 601-609.
3. Boggio, P.S. Effect of repetitive TMS and fluoxetine on cognitive function in patients with Parkinson's disease and concurrent depression / P.S. Boggio [et. al.] // *Movement Disorders*. – 2005. – Vol. 20. – P. 1178-10184.
4. Bubblepreet, K. Repetitive transcranial magnetic stimulation improves handwriting in Parkinson's disease / K. Bubblepreet [et al.] // *Parkinson's Disease*. – 2013. – Article ID 751925.
5. Di Lazzaro, V. Theta-burst repetitive transcranial magnetic stimulation suppresses specific excitatory circuits in the human motor cortex / V. Di Lazzaro [et al.] // *Physiol*. – 2005. – Vol. 565. – P. 945-950.
6. Fregni, F. Non-invasive brain stimulation for Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of the literature / F. Fregni, D.K. Simon, A. Wu et al. // *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 7. – P. 1614-1623.
7. Schneider, S.A. Modulatory effects of 5Hz rTMS over the primary somatosensory cortex in focal dystonia – an fMRI-TMS study / S.A. Schneider [et al.] // *Movement Disorders*. – 2010. – Vol. 25. – P. 76.
8. Wagner, T. Noninvasive human brain stimulation / T. Wagner [et al.] // *Annu. Rev. Biomed. Eng.* – 2007. – Vol. 9. – P. 52.
9. Wassermann, E. Oxford handbook of transcranial stimulation / E. Wassermann, C. Epstein, U. Ziemann. – 2008. – 119 p.
10. Williams, A.J. Updates on the use of non-invasive brain stimulation in physical and rehabilitation medicine / A.J. Williams [et al.] // *Rehabil. Med.* – 2009. – Vol. 41. – P. 305.

НЕДЕМЕНТНЫЕ СТАДИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Емелин А.Ю.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В настоящее время проблема когнитивных нарушений рассматривается преимущественно с позиций ранней диагностики и соответственно ранних профилактики и лечения. Успехи в разработке прижизненных биомаркеров развития болезни Альцгеймера (БА), как самой частой причины развития когнитивных нарушений, позволили объективизировать критерии диагностики додементных стадий, и предложить новую классификацию заболевания. В тоже время сохраняются определенные противоречия в определениях, не разработаны общепринятые критерии ранней диагностики когнитивных нарушений другой этиологии.

Более 20 лет назад R.Petersen предложил концепцию “mild cognitive impairment (MCI)”, которая была разработана первоначально для выявления пациентов на ранних стадиях болезни Альцгеймера, и в последующем уточнена и существенно дополнена [1]. В русскоязычной версии MCI представлены категорией умеренных когнитивных нарушений (УКН).

Распространенность УКН по данным различных популяционных исследований варьирует в широком диапазоне от 3,2% до 53,8%, что, по-видимому, обусловлено использованием различных критериев включения и соответственно неоднородностью групп пациентов. По последним данным среди лиц старше 65 лет УКН встречаются от 10 до 20%, чаще у мужчин и частота увеличивается с возрастом [2].

В настоящее время для диагностики синдрома УКН используются критерии, которые предусматривают наличие жалоб на повышенную забывчивость или снижение умственной работоспособности в сравнении с имевшимися ранее возможностями пациента, подтвержденные нейропсихологическим тестированием, способные приводить к легкому ухудшению в сложных видах деятельности, но не соответствующие критериям деменции. Применение этих критериев позволяет диагностировать синдром УКН, но не заболевание, ведущее к его формированию.

Включение в диагностический алгоритм биомаркеров амилоидоза и нейродегенерации позволило объективизировать нозологическую диагностику УКН, и сделать шаг в направлении раннего доклинического выявления лиц с высоким риском развития когнитивных нарушений. Такими маркерами сегодня являются определение бета-амилоида, тау-протеина и фосфорилированного тау-протеина в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) с фтор¹⁸-дезоксиглюкозой (ФДГ) и лигандами амилоида (так называемое питтсбургское вещество (PIB)), волуметрическая магнитно-резонансная томография и некоторые другие [3-5].

Накопленный объем данных подтвердили гетерогенность синдрома УКН и позволили выделить две категории: УКН как продромальная стадия БА и УКН другой этиологии, получившие англоязычное название «cognitive impairment not demented (CIND)». В качестве возможных этиологических факторов рассматриваются различные соматические заболевания, заболевания и травмы нервной системы (болезнь Паркинсона, цереброваскулярная болезнь, инсульт и др.), психические расстройства (депрессия, шизофрения и др.), алкоголизм [6].

В последние годы возрос интерес к додементной стадии сосудистых когнитивных нарушений (СКН) и в 2011 году экспертами Американской ассоциации изучения инсульта и ассоциации кардиологов (ASA/АНА) была предложена новая классификация и критерии диагностики всех вариантов когнитивных нарушений при цереброваскулярной патологии, в том числе и УКН [7].

Дальнейшее изучение проблемы и накопление экспериментального и клинического материала привели к необходимости выделять категорию лиц, имеющих жалобы когнитивного характера, но не соответствующих критериям УКН.

Экспертами Американского Национального института старения (National Institute on Aging, NIA) были выделены три стадии БА (бессимптомная доклиническая, симптоматическая преддементная, деменция) и предложены новые критерии их установления, как для клинической практики, так и для научных исследований с использованием биомаркеров [8].

Преддементная стадия БА, по сути, аналогична ранее предложенному термину УКН. На бессимптомной доклинической стадии использование биомаркеров является основополагающим для установления патофизиологических и нейропатологических изменений у пациентов с отсутствием или очень незначительно выраженными симптомами [9]. Наличие некоторого снижения когнитивных функций не достигающего уровня УКН может быть рассмотрено как «не норма, и не УКН». В отечественной литературе эти изменения соответствуют категории «легких когнитивных нарушений» [10].

С целью выявления лиц с риском развития когнитивных нарушений неальцгеймеровской этиологии предложено также выделять самостоятельную категорию – «suspected non-AD pathophysiology (SNAP)» – включает лиц с нормальным уровнем амилоида, но с данными биомаркеров, свидетельствующих о нейрональном повреждении [8].

При отсутствии возможности подтвердить наличие патофизиологической основы формирования легких когнитивных нарушений в повседневной практической деятельности задача их объективизации остается серьезной проблемой. Необходимость выявлять лиц с высоким риском развития и прогрессирования когнитивных нарушений до- и субклинического уровня привела к тому, что в иностранной литературе предложено большое количество терминов, призванных обозначить данную категорию.

«Subjective cognitive impairment (SCI)» – «субъективные когнитивные нарушения» – состояние, когда пациент предъявляет жалобы на снижение памяти, но при этом результаты выполнения когнитивных тестов находятся в пределах нормы. По сути, критерии SCI мало чем отличаются от ранее используемого термина «age-related

cognitive decline (ARCD)» (связанное с возрастом когнитивное снижение), который преимущественно проявляется субклиническим снижением когнитивных возможностей, таких как снижение памяти, внимания, увеличение времени для решения задач и выполнения деятельности. Лица с «ARCD» могут не иметь субъективных жалоб на снижение памяти или объективный когнитивный дефицит и их способность к независимой жизни не изменена. В основе развития субклинических проявлений могут лежать следующие механизмы: уменьшение скорости когнитивной деятельности; уменьшение рабочей памяти; снижение ингибиторного контроля; сенсорный дефицит.

Для характеристики лиц с преклинической стадией БА предложен также термин «Subjective Cognitive Decline (SCD)» и создана инициативная группа для разработки критериев [11].

Однако по результатам работы группы были сформулированы более общие положения, выходящие за пределы только лишь БА. Предложено рассматривать SCD как субъективное снижение какой-либо когнитивной функции в течение определенного отрезка времени. При этом не требуется подтверждения по результатам нейропсихологических тестов (проводятся для исключения УКН) и свидетельств информатора. Само по себе наличие SCD недостаточно для того чтобы говорить о преклинической стадии БА (если нет биомаркеров), так как синдром может наблюдаться при множестве других психических и неврологических заболеваний, нормальном старении, приеме некоторых препаратов.

Кроме того, разработаны дополнительные критерии, которые свидетельствуют в пользу того, что развитие SCD связано с БА: жалобы на снижение памяти по сравнению с другими когнитивными функциями; начало в течение последних 5 лет; возраст начала старше 60 лет; беспокойство (тревога) в связи с возникновением нарушений; ощущение худшего выполнения деятельности в сравнении с другими людьми того же возраста. Вероятность связи повышается при наличии сведения от информатора, наличие АПОЕ 4 генотипа, наличие биомаркеров БА (в таком случае определяется как преклиническая стадия БА).

По сравнению с термином «субъективное клиническое нарушение» термин «субъективное клиническое снижение» представляется более корректным, так как он отражает динамику процесса во времени – было начало и ситуация продолжается и меняется. Термин же «нарушение» может отражать и стабильное хроническое состояние.

Существенных отличий предложенных критериев SCD от критериев «легких когнитивных нарушений» по сути, нет, и на наш взгляд, основным важным дополнением может считаться временной фактор.

В этой связи, можно предложить в повседневной практической деятельности для выделения лиц с такими малозаметными субклиническими проявлениями использовать термин «начальные признаки когнитивных нарушений». В таком случае, в частности при сосудистой этиологии когнитивных нарушений, данная категория будет корреспондировать со стадией начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга.

Основные жалобы, которые может предъявлять пациент (снижение памяти, забывчивость, нарушение внимания, невозможность сосредоточиться, быстрая отвлекаемость, большие временные затраты на решение, трудность принятия решений, быстрая истощаемость, трудности счета) должны существовать длительно и постоянно или часто повторяться (не реже 1 раза в неделю на протяжении не менее 6 месяцев).

Данная категория лиц должна быть взята под наблюдение с проведением контрольного обследования через 3 месяца. При сохранении жалоб или их прогрессировании необходимо проведение комплексного обследования для выявления возможных факторов риска прогрессирования когнитивных нарушений и по возможности установления их нозологической принадлежности.

Литература

1. Petersen, R. Consensus on mild cognitive impairment / R. Petersen, J. Touchon // Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting. – 2005. – Vol. 10. – P. 24-32.
2. Roberts, R. Classification and Epidemiology of MCI / R. Roberts, D. Knopman // Clin. Geriatr. Med. – 2013. – Vol. 29, N4. – P. 753-772.
3. Емелин, А.Ю. Возможности позитронной эмиссионной томографии в дифференциальной диагностике деменций / А.Ю. Емелин, М.М. Одинак, Г.Е. Труфанов [и др.] // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2010. – №4 (32). – С. 46-51.
4. Blennow, K. Cerebrospinal fluid and plasma biomarkers in Alzheimer disease / K. Blennow, H. Hampel, M. Weiner, H. Zetterberg // Nat. Rev. Neurol. – 2010. – Vol. 6, N3. – P. 131-144.
5. Mintun, M. [11C]PIB in a nondemented population: potential antecedent marker of Alzheimer disease / M. Mintun, G. Larossa, Y. Sheline [et al.] // Neurology. – 2006. – Vol. 67, N3. – P. 446-452.
6. Plassman, B. Prevalence of cognitive impairment without dementia in the United States / B. Plassman, K. Langa, G. Fisher [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 148, N6. – P. 427-434.
7. Gorelick, P. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association / P. Gorelick, A. Scuteri, S. Black, C. Decarli // Stroke. – 2011. – Vol. 42, N9. – P. 2672-2713.
8. Jack, C.R. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease / C.R. Jack, M.S. Albert, D.S. Knopman [et al.] // Alzheimers Dement. – 2011. – Vol. 7, Is. 3. – P. 257-262.
9. Sperling, R.A. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease / R.A. Sperling, P.S. Aisen, L.A. Beckett [et al.] // Alzheimers Dement. – 2011. – Vol. 7, Is. 3. – P. 280-292.
10. Яхно, Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Клини. геронтол. – 2005. – Т. 11, №9. – С. 38-39.
11. Jessen, F. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease / F. Jessen, R. Amariglio, M. van Boxtel [et al.] // Alzheimers Dement. – 2014. – S1552-5260(14)00002-8.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Желнин А.В., Каракулова Ю.В.

Пермский ГМУ, г. Пермь

Введение: Рассеянный склероз (РС) – аутоиммунное заболевание нервной системы, характеризующееся образованием множественных очагов демиелинизации в головном и спинном мозге, с неуклонно прогрессирующими неврологическими симптомами и быстрой инвалидизацией больных [1]. РС развивается преимущественно у лиц 18-45 лет и имеет на ранних стадиях ремиттирующее течение. Распространенность заболевания постоянно растет во многих странах мира [1, 2, 4, 6]. Медико-социальная значимость рассеянного склероза определяется тем, что это заболевание является одной из главных причин инвалидизации и снижения качества жизни неврологических больных молодого и среднего возраста, а также высоким уровнем связанных с ним медицинских и немедицинских расходов [3]. В связи с этим изучение региональных особенностей распространенности, клинического течения рассеянного склероза, анализ факторов риска и возможностей терапии РС является актуальным и необходимым для оптимизации специализированной помощи больным РС.

РС рассматривают как многофакторное полигенное заболевание. С использованием разных стратегий ведется активный поиск генов предрасположенности к РС. Роль полиморфизма гена субъединицы альфа рецептора интерлейкина 2 IL-2R (*IL2RA* – interleukin-2 receptor subunit alpha gene, 10p15.1) в формировании наследственной предрасположенности к РС в популяциях жителей Западной Европы была обоснована результатами полногеномных скринингов, проведенных участниками Международного Консорциума Генетики Рассеянного склероза (Multiple Sclerosis Genetics Consortium – IMSGC). В то же время этот результат не был воспроизведен в некоторых других независимых исследованиях [7]. Полагают, что полиморфизм гена *IL2RA* может вносить вклад в развитие РС, но необходим дальнейший поиск функционально значимых аллельных вариантов этого гена в популяциях разных народов.

Цель исследования заключалась в выявлении эпидемиологических и клинических особенностей рассеянного склероза и анализе ассоциаций полиморфного маркера rs12722580 гена *IL2RA* с РС у этнических русских Пермского края.

Материалы и методы: Проанализированы данные 1084 больных рассеянным склерозом. Среди них было 677 женщин (62,5%) и 407 мужчин (37,5%). Возраст больных рассеянным склерозом варьировал от 17 до 68 лет, в среднем составил $44,5 \pm 4,5$ года. Из общего количества больных 38,6% (419 больных) составили городские жители, 61,4% (665 пациентов) – жители других территорий Пермского края. Начало заболевания пришлось на возраст $32,57 \pm 5,6$ лет. Длительность болезни колебалась от 0,1 года до 32 лет, в среднем $8,8 \pm 10,7$ лет. Суммарный балл инвалидизации по шкале EDSS больных основной группы составил $4,46 \pm 1,56$. Заболевание расценено как легкое у 37,5% больных, средней тяжести – у 56,1%, тяжелое – у 6,4%.

Диагноз рассеянного склероза устанавливался на основании международных критериев [5], оценки неврологического статуса, данных МРТ головного и спинного мозга. Магнитно-резонансная томография проводилась на низкопольном МР-томографе Magnetom-Open (Siemens Medical) с напряженностью магнитного поля 1,5 Т в соответствии с общепринятым протоколом. Тяжесть клинического состояния оценивалась по системе Kurtzke, включающей оценку по шкале функциональных систем и по расширенной шкале инвалидизации (EDSS).

Эпидемиологическое исследование. Показатель заболеваемости определялся на контрольный момент времени – 1 января каждого года с 1997 до 2013 г. Рассчитывали: 1) распространенность РС как количество больных с достоверным диагнозом РС по критериям Poser С. (1983), проживающих на данной территории на 100 000 населения; 2) заболеваемость РС как количество новых случаев с достоверным диагнозом РС, проживающих на данной территории на 100 000 населения. Для оценки риска РС в исследуемой популяции и в отдельных группах, распространенность рассчитывалась в целом, в этнических группах русских, татар, башкир и чувашей, у мужчин и женщин.

Материалом для генетического исследования служили образцы ДНК, полученные методом фенольно-хлороформной экстракции из 6-8 мл цельной венозной крови больных РС и лиц контрольной группы. Выборка больных РС была сформирована из неродственных между собой пациентов (всего 199 человек, из них 142 женщины и 57 мужчин) в возрасте 15-79 лет ($37,7 \pm 10,69$ лет) с достоверным диагнозом, русских по этнической принадлежности. В контрольную группу были отобраны 180 человек без признаков РС и других неврологических заболеваний в возрасте от 12 до 57 лет (средний возраст $37,03 \pm 9,55$), неродственные между собой, русские по этнической принадлежности. Генотипирование проводили по полиморфному маркеру rs12722580 гена *IL2RA* (39504(73)I/D). Анализ генетического полиморфизма осуществляли методом полимеразной цепной реакции. Условия эксперимента, последовательности олигонуклеотидных праймеров и рестриктазы были подобраны с помощью приложений PrimerSelect 5.05 и MapDraw из пакета программ DNASTar Inc (1993-2002), WebCutter 2.0. Разделение амплифицированных фрагментов ДНК проводили при помощи электрофореза в полиакриламидном или агарозном гелях; гели

окрашивали 1% раствором бромистого этидия и анализировали с помощью видеогель-документирующей системы («Vilber Lourmat»).

Математическая обработка статистических параметров осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica 6,0 (Statsoft, США).

Результаты: Распространенность рассеянного склероза в Пермском крае составила на 01.01.2014 г. 41,2 случая на 100 тыс. населения, что позволяет отнести наш регион к зоне среднего риска развития РС. Самые высокие показатели распространенности заболевания (43,9) зарегистрированы среди немногочисленной этнической группы немцев, а также в группе украинцев (38,7) и русского населения (40,4), самая низкая распространенность – в этнических группах удмуртов (18,1) и коми-пермяков (6,5) ($p < 0,05$). Распространенность РС среди женщин – 47,5 случаев, среди мужчин – 33,65 случаев на 100 тыс. населения.

Распространенность рассеянного склероза в г. Перми среди городских жителей составила 41,3 случаев на 100 тыс. населения, в то время как на селе – 49,5. Повышение распространенности заболевания у сельских жителей вероятно связано с повышенной выявляемостью и работой центра диагностики и лечения рассеянного склероза в краевой клинической поликлинике.

Распространенность рассеянного склероза в пределах края неравномерна за весь период наблюдения и имеет тенденцию к росту: показатели в промышленных районах, богатых вредными факторами выше – от 42,8 в (на 01.01. 1997 г.) до 49,1 (на 01.01.2014 г.) на 100 тыс, в сельских от 19,4 (на 01.01.1997 г. до 54,5 (на 01.01.2014 г.) в на 100 тыс. Это дает основание для утверждения о том, что в распространенности РС большую роль играет загрязнение среды обитания, прежде всего продуктами химической промышленности. Так называемые «кластеры» или «микрoэпидемии», т.е. зоны высокого риска РС в Пермском крае локализовались в районах богатых вредными внешними факторами в сочетании с особыми климато-географическими особенностями (Краснокамск (45,8), Чусовой (44,6), Лысьва (47,3), Горнозаводск (46,1), Березники (49,1).

Заболеваемость РС в Пермском крае за период наблюдения с 1997 года ундулирует в широких пределах. Так в 1997 году заболеваемость РС составила 3,2, в 2012 году – 4,2, а на контрольную дату 01.01.2014 г. – 3,2 на 100000 населения. Проводя анализ распределения больных РС в зависимости от выраженности неврологической симптоматики при различных вариантах течения заболевания, следует отметить наибольшую выраженность пирамидных, координаторных и тазовых нарушений при первично-прогрессирующем типе течения РС.

В результате проведенного исследования охарактеризовано распределение частот генотипов и аллелей в контрольной группе (частоты генотипов *I/*I, *I/*D и *D/*D составили 48.3%, 42.2% и 9.4%, аллелей *I и *D – 69.4% и 30.6%) и группе больных РС по полиморфному маркеру rs12722580 гена *IL2RA*. Статистически значимых различий по частотам аллелей и генотипов между контрольной группой и группой больных не выявлено. В группе больных РС отмечены тенденции к снижению частоты генотипа *I/*I (48.3% в контрольной группе против 39.7% в группе больных, $p=0.1$) и к повышению частоты генотипа *I/*D (соответственно, 42.2% и 51.8%, $p=0.07$).

Обсуждение. Изучение эпидемиологических особенностей рассеянного склероза показало, что Пермский край относится к зоне среднего риска развития заболевания. В течение проанализированных лет в нашем регионе отмечается увеличение распространенности рассеянного склероза, особенно это относится к территориям повышенного риска. В группе этнических русских – пациентов с РС отмечены тенденции к снижению частоты генотипа *I/*I и к повышению частоты генотипа *I/*D.

Литература:

1. Бойко, А.Н. Сравнительный анализ клинико-демографических параметров РС с ранним дебютом в двух популяциях (Москва, Россия и Ванкувер, Канада) / А.Н. Бойко, О.В. Быкова, С.Н. Федосова [и др.] // Нейроиммунология. – 2003. – №1. – С. 38-44.
2. Гусев, Е.И. Анализ распространенности рассеянного склероза в некоторых регионах Российской Федерации / Е.И. Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко, Т.Д. Жученко // Материалы VIII Всероссийского съезда неврологов. – Казань, 2001. – С. 66.
3. Шварц, Г.Я. Фармакоэкономическое обоснование применения лекарственных препаратов превентивного ряда в лечении больных рассеянным склерозом / Г.Я. Шварц // Неврологический журн. – 2001. – №1. – С. 43-47.
4. Kira, J. Multiple sclerosis in to Japanese population / J. Kira // Lancet Neurol. – 2003. – Vol. 2. – P. 117-127.
5. Poser, C.M. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: quidelines for research protocols / C.M. Poser, D.W. Paty, L. Scheinberg [et al.] // Ann. Neurol. – 1983. – Vol. 13. – P. 227-231.
6. Riise, T. The epidemiologic study of exogenous factors in the etiology of multiple sclerosis / T. Riise, C. Wolfson // Neurology. – 1997. – Vol. 49 (Suppl. 2). – S. 1-84.
7. Sawcer, S. A genome screen in multiple sclerosis reveals susceptibility loci on chromosome 6p21 and 17q22 / S. Sawcer, H.B. Jones, R. Feakes [et al.] // Nature Genetics. – 1996. – Vol. 13. – P. 464-468.

СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ

Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Рашидов Н.А., Токарева Д.В., Воробьева М.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Пациенты с заболеваниями периферической нервной системы (ПНС) составляют основную массу больных (от 65% до 80%) в неврологических стационарах не зависимо от специализации медицинского учреждения. Одной из наиболее актуальных форм поражений ПНС являются полиневропатии (ПНП).

Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в изучении данной патологии, многие вопросы, в частности дифференциальная диагностика, прогнозирование течения и результатов лечения заболевания, не разработаны.

Дифференциальная диагностика ПНП, как ни парадоксально, основана на результатах выявления соматической патологии и сопоставления динамики ее развития с характером формирования полиневропатического симптомокомплекса. Например, диабетические ПНП – одно из наиболее часто встречающихся осложнений при сахарном диабете, которое определяет прогноз течения заболевания и смертность – автономная ПНП статистически значимо связана с повышенной смертностью от сердечно-сосудистых осложнений [1, 3, 6].

Сведения о частоте развития диабетических ПНП противоречивы, что обусловлено различными критериями ее диагностики. После рутинного клинического обследования признаки ПНП обнаруживаются примерно у 50% больных диабетом. Более детальное обследование с использованием кардиоваскулярных тестов и ЭНМГ выявляет патологические изменения со стороны нервной системы в 90% случаев [2].

Патогенез большинства форм ПНП остается до конца не изучен. Среди существующих точек зрения о непосредственном механизме поражения нервных волокон превалирует невральная гипотеза, согласно которой аксонопатия и миелинопатия возникают вследствие воздействия поражающих факторов на дистальные сегменты нервных стволов. Однако данная гипотеза не объясняет избирательность вовлечения нервных волокон в патологический процесс [4, 5].

В связи с этим нами был проведен сравнительный и корреляционный анализ клинических проявлений, их электрофизиологических коррелятов при травматических и дисметаболических (алкогольных, диабетических) невропатиях для усовершенствования современных представлений об их патогенезе.

Проведено комплексное обследование (клинико-неврологическое и ЭНМГ) 79 пациентов с диабетическими, алкогольными полиневропатиями и травматическими поражениями ПНС (контрольную группу составили 40 здоровых человек). Алкогольные ПНП изучались у 25 пациентов, диабетические – у 24 пациентов, в группу обследованных пострадавших с травматическими невропатиями и плексопатиями вошли 30 пациентов.

На первой стадии исследования проводили внутригрупповой качественный и количественный (оценочные шкалы, ЭНМГ) анализ клинических проявлений заболевания в зависимости от его патофизиологических особенностей.

Оказалось, что статистически значимыми были следующие показатели: жалобы на онемение, зябкость ног, ограничение движений и снижение мышечной силы в дистальных отделах рук и ног, нарушения терморегуляции и результаты оценочных шкал (NIS, NSS) преобладали у пациентов со стажем сахарного диабета от 5 до 10 лет; гиперпатия в ногах, отечность, трофические нарушения и деформации конечностей – у пациентов со стажем сахарного диабета больше 10 лет. Полученные результаты ЭНМГ отражают преимущественно аксональный тип поражения чувствительных волокон нижних конечностей. При исследовании ПНП при сахарном диабете выявлено преобладание дистальной симметричной ПНП над другими формами поражения ПНС при диабете. Нарушение амплитудно-скоростных показателей нейромоторного аппарата у больных с диабетической ПНП свидетельствует не только об уменьшении количества функционирующих двигательных единиц в мышцах, но и сегментарной демиелинизации в пораженных нервах.

Полученные результаты при исследовании алкогольных ПНП свидетельствуют о прогрессирующей аксонопатии. Наиболее значимыми ($p < 0,05$) были следующие показатели: индекс массы тела в среднем для пациентов, длительное время употребляющих алкоголь, оказался значимо ниже по сравнению с другими группами, но необходимо отметить, что он не выходил за пределы нормальных значений (18,5–24,9 кг/м²). Анализ частоты встречаемости симптомов и данных инструментальных и лабораторных исследований выявил наиболее значимые показатели: наличие сопутствующих заболеваний чаще встречалось среди пациентов со смешанной сенсорно-моторно-вегетативной ПНП (90%, $p < 0,001$). Однако по данным ЭНМГ увеличение латентного периода более значимо было у пациентов с сенсомоторной ПНП ($p < 0,05$), а скорость проведения импульса была ниже у больных со смешанной формой алкогольной ПНП. Это позволяет сформировать условный ЭНМГ-паттерн алкогольных ПНП: преобладание снижения афферентной проводимости над эфферентной, снижение количества функционирующих двигательных единиц, формирование многоуровневых блоков невральной проводимости преимущественно в чувствительных волокнах.

Таким образом, несмотря на очевидную разницу в происхождении, алкогольные (токсические) ПНП во многом сходны с диабетическими не только по клиническим проявлениям, характеру развития неврологической симптоматики, но и по электрофизиологическим признакам.

Травмы ПНС независимо от их степени отличаются первичностью аксонального и демиелинизирующего типов поражения нервных волокон, что сопровождается остро возникающими нарушениями двигательной и чувствительной функции пострадавшей конечности.

Сравнительный анализ клинических и электрофизиологических данных всех групп пострадавших выявил качественные различия между ними. Так, в группе «алкогольные ПНП» преобладали мужчины ($p < 0,001$), средний возраст которых оказался меньше, чем у пациентов с сахарным диабетом ($p < 0,05$), а индекс массы тела существенно меньше, чем у пациентов с сахарным диабетом ($p < 0,001$). Жалобы на слабость в ногах, похудение мышц преобладали у пациентов с алкогольной ПНП ($p < 0,05$), а на острую боль в руках, ограничение движений в руках и нарушение функции тазовых органов – у пациентов с сахарным диабетом ($p < 0,05$). Очевидно преобладание у больных с алкогольной ПНП трофических нарушений. Снижение или отсутствие глубоких рефлексов, в первую очередь, ахиллова наблюдалось у пациентов с алкогольной ПНП ($p < 0,05$). Кардиоваскулярные нарушения преобладали у пациентов с сахарным диабетом ($p < 0,05$).

При проведении ЭНМГ выявлено, что основные показатели невралной проводимости с двигательных нервов рук оказались хуже у пациентов с сахарным диабетом, а с нервов нижних конечностей (в первую очередь, с малоберцового нерва) – хуже у пациентов алкогольной ПНП (за исключением чувствительных нервов) (Рис.1). Изменение в биохимическом анализе крови (трансаминаз) существенно чаще было выявлено у пациентов с алкогольной ПНП.

Сравнительный анализ травматических и алкогольных поражений ПНС выявил: жалобы на слабость и боли в ногах гораздо реже наблюдались у пациентов с травмами ПНС ($p < 0,05$), в то время как жалобы на слабость и боли в руках встречались чаще ($p < 0,05$). Чувствительные нарушения по типу раздражения в ногах – парестезии, жжение, онемение и покалывание у пациентов алкогольной ПНП выявлялись значимо чаще ($p < 0,001$). Двигательные нарушения в руках преобладали при травматических невропатиях ($p < 0,05$), а в ногах – при алкогольных ПНП ($p < 0,001$), где также превалировали изменения глубоких рефлексов (снижение или отсутствие коленного и ахиллового рефлексов). Гипотрофия мышц рук, а так же вазомоторные нарушения (цианоз, отечность, гипергидроз) кистей и рук преобладали среди травматических невропатий ($p < 0,001$), среди пациентов с алкогольной ПНП те же симптомы чаще наблюдались в ногах ($p < 0,05$). Кардиоваскулярные, гастроинтестинальные нарушения, а также нарушения терморегуляции чаще наблюдались среди пациентов алкогольной ПНП ($p < 0,05$). Результаты оценочных шкал были существенно выше у пациентов алкогольной ПНП.

При проведении ЭНМГ-исследования выявлены следующие изменения: невралная проводимость на руках (в первую очередь, локтевого нерва) хуже среди пациентов травматической невропатией ($p < 0,05$), на ногах невралная проводимость оказалась хуже у пациентов с алкогольной ПНП (в большей степени малоберцового нерва – $p < 0,001$). Изменения по чувствительным нервам, а так же изменения печени и поджелудочной железы при проведении ультразвукового исследования, изменения трансаминаз и триглицеридов больше выражены у пациентов с алкогольной ПНП ($p < 0,05$).

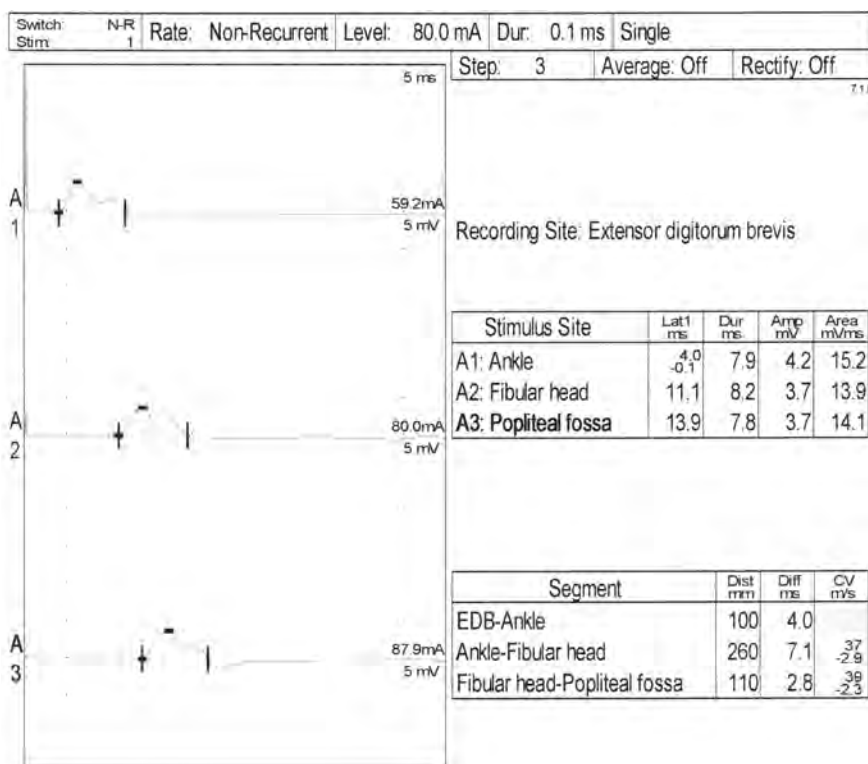


Рис. 1. Исследование скорости проведения импульса по моторным волокнам малоберцового нерва (СПИ эфф.).

При сравнительном анализе травматических и диабетических поражений ПНС выявлено: среди пациентов с травмами ПНС преобладали мужчины (83,3%) молодого возраста ($40,63 \pm 3,47$ лет), что значимо ($p < 0,001$) отличается от пациентов с диабетической ПНП, где преобладали женщины, средний возраст которых составил $61,54 \pm 2,78$. Немаловажным являлся уровень глюкозы в крови, который составил у пациентов с диабетической ПНП $10,62 \pm 0,85$ ммоль/л, а у пациентов с травмами ПНС $5,31 \pm 0,10$ ммоль/л ($p < 0,001$). Индекс массы тела у пациентов с сахарным диабетом был выше нормы ($29,82 \pm 0,88$) и статистически значимо ($p < 0,001$) отличался от индекса массы тела пациентов с травматическими невропатиями. Так же значимо отличался и тип нарушений чувствительности.

Следует отметить, что при диабетической ПНП преобладали чувствительные нарушения, в то время как у пациентов с травмами ПНС преобладали двигательные нарушения – ограничение движений в руках и ногах (больше выраженное в дистальных отделах), гипотрофии и атрофия мышц. В то же время глубокие рефлексы (коленный и ахиллов) более значимо снижены оказались у пациентов с диабетической ПНП ($p < 0,05$). Для травматических невропатий более значимо оказалось снижение температурной чувствительности в руках ($p < 0,05$); для диабетических ПНП – снижение вибрационной чувствительности ($p < 0,001$). Кардиоваскулярные, гастроинтестинальные нарушения, а так же нарушения памяти и мышления чаще наблюдались у пациентов с диабетической ПНП, а вазомоторные нарушения конечностей (больше рук) и гипергидроз – у пациентов с травматическими невропатиями. При ЭНМГ-исследовании более выраженное снижение скорости проведения нервных импульсов было выявлено у пациентов с диабетической ПНП, и, в первую очередь, по чувствительным нервам ($p < 0,001$), а у пациентов с травматическими невропатиями преобладали блоки нарушения невральности преимущественно по смешанным нервам (рис. 2).

Сравнительный математический анализ различных заболеваний позволил не только выявить значимые дифференциально-диагностические критерии, но и, опираясь на изученные клинические паттерны, усовершенствовать наши представления о патогенезе отдельных нозологических форм – разработать предпосылки для формирования концепции о первично нейрональном (на спинальном уровне) генезе дисметаболических (алкогольных и диабетических) ПНП.

Не менее спорной является тактика лечения ПНП. Основные принципы лечения диабетической ПНП основаны на этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии [3]. И здесь некоторые важные особенности, о которых необходимо помнить. Согласно результатам исследования DCCT у пациентов сахарным диабетом 1 типа следует жестко контролировать уровень глюкозы в крови, поскольку это имеет значение как для первичной, так и для вторичной профилактики ПНП. В то же самое время у больных с сахарным диабетом 2 типа значение жесткого гликемического контроля не столь очевидно [6]. В последнее время подвергается сомнению целесообразность использования α -липовоевой кислоты в лечении пациентов с диабетической ПНП – антиоксиданта, который в ряде исследований продемонстрировал свою эффективность в купировании симптомов

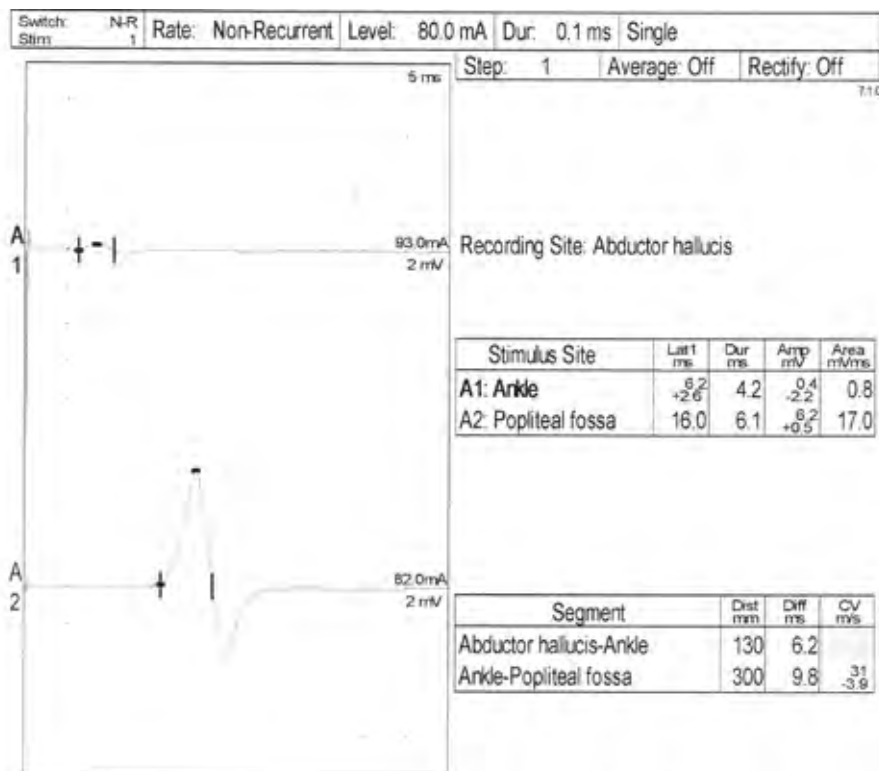


Рис. 2. Неполный блок невральности проводимости возбуждения (верхняя кривая), норма (нижняя кривая).

заболевания. Следует однако обратить внимание, что все эти сомнения связаны с одним лишь исследованием 2007 г., дизайн которого не выдерживает никакой критики, поскольку, например, в группе пациентов, получавших плацебо, никакого ухудшения ПНП за 4 года наблюдения зарегистрировано не было, что противоречит фактом, наблюдаемым нами в клинической практике. Мы считаем, что использование α -липоевой кислоты оправдано в комплексной терапии пациентов с диабетической ПНП, однако, следует отдавать предпочтение парентеральному способу введения препарата. Ингибиторы альдозоредуктазы в большинстве исследований не показали какой-либо значимой эффективности в лечении пациентов с диабетической ПНП. Спорные результаты продемонстрировало применение бенфотиамина, статинов и блокаторов кальциевых в терапии больных данного профиля. Симптоматическое лечение болевых форм ДПН включает назначение антидепрессантов (амитриптилин, флуоксетин и пр.), антиконвульсантов (прегабалин, габапентин) и капсаицина [6].

Литература

1. Аметов, А.С. Диабетическая полинейропатия настоящее и будущее / А.С. Аметов, И.А. Стоков // Рос. мед. вести. – 2001. – Т. 4, № 1. – С. 35-40.
2. Гурьева, И.В. Диабетическая периферическая сенсомоторная нейропатия. Патогенез, клиника и диагностика: методические рекомендации / И.В. Гурьева, Е.Ю. Комелягина, И.В. Кузина. – М., 2000. – 23 с.
3. Чернышова, Т.Е. Диабетическая нейропатия (патогенез, диагностика, лечение) / Т.Е. Чернышева [и др.]. – М.: Медпрактика. – 2005. – 108 с.
4. Aguggia, M. Correlated study of visual evoked potentials-polyneuropathy in diabetic patients without retinopathy / M. Aguggia [et al.] // Minerva. Med. – 1993. – Vol. 80, N5. – P. 227-231.
5. Javed, S. Treatment of painful diabetic neuropathy / S. Javed, I. Petropoulos, U. Alam, R. Malik // Ther. Adv. Chronic Dis. – 2015. – Vol. 6, N1. – P. 15-28.
6. Said, G. Diabetic neuropathy: an update / G. Said // J. Neurol. – 1996. – Vol. 243, N6. – P. 431-440.

ВЛИЯНИЕ ДРОЖАТЕЛЬНОГО ГИПЕРКИНЕЗА НА СТЕПЕНЬ ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ТРЕВОГУ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Захаров Д.В., Богачева В.А., Михайлов В.А., Шубина Ю.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

В неврологической практике тремор является одним из наиболее частых гиперкинезов, возникающих изолированно или в комбинации с другими симптомами при различных поражениях нервной системы [5]. При болезни Паркинсона (БП) наличие или отсутствие тремора в клинической картине может не только определять тактику лечения, но оказывать влияние на степень инвалидизации пациентов, предрасположенность к нервно-психическим нарушениям. Однако на практике мы видим различия не только между акинетико-ригидной и дрожательной формой, но и различия внутри самого дрожательного гиперкинеза.

Принято считать тремор покоя классическим вариантом дрожательного гиперкинеза при БП, описанным еще Джеймсом Паркинсоном в 1817 году в «Эссе о дрожательном параличе», однако, на практике тремор при БП отличается клинической неоднородностью, и его распространенность достигает до 74% всех случаев БП [2]. Ряд авторов [4, 6, 8, 9] выделяет 4 разновидности тремора, встречающихся при БП: изолированный тремор покоя 3-6 Гц, сочетание тремора покоя с постуральным или кинетическим тремором той же частоты (40-60%); тремор покоя в сочетании с постуральным или кинетическим тремором более высокой частоты – до 9 Гц (15%); изолированный постуральный или кинетический тремор частотой 4-9 Гц.

При изолированной БП (без сочетания с эссенциальным тремором – ЭТ) тремор покоя и постуральный/кинетический тремор должны иметь одинаковую частоту, т.к. они имеют общую патофизиологию с единым центральным пейсмекером [3], то есть более высокая частота говорит о присоединении другого по этиологии тремора.

Амплитуда тремора – величина непостоянная. В.Л. Голубев и Р.К. Магомедова приводят следующие данные: тремор покоя – 107 мВ, постуральный тремор – 221 мВ, кинетический – 103 мВ [1]. Вместе с тем изолированный постуральный/кинетический тремор встречается редко, и данных о частоте его распространенности в доступной литературе мы не обнаружили.

Следует отметить, что границы диагностики дрожательной формы БП достаточно размыты, и в настоящее время оценка воздействия тремора на жизнь пациента и лечение остаются сложными задачами. В настоящее время, самым распространенным методом регистрации тремора, применяемым на практике, является клинический метод, основанный на описании клинической картины и оценке степени выраженности тремора в баллах по шкале UPDRS [7], а также использование неспецифических клинических шкал: шкала тремора Fahn и др., шкалы активности в повседневной жизни, шкала тремора Bain и др., предназначенные для оценки степени тяжести тремора и связанных с ним физических, нейропсихологических и социальных расстройств (Masur, Papke, 2004). Однако на основании только клинической оценки не всегда удается объективизировать тремор, а диагностика с применением множества клинических шкал еще больше затрудняет процесс объективизации выраженности тремора, носит субъективный характер и зависит от опыта исследователя.

Для объективной оценки выраженности тремора используется метод треморографии, который регистрирует произвольные ритмические колебания конечностей, возникающие в результате сокращения и расслабления мышц. Использование инструментальных данных позволяет точно охарактеризовать дрожательный гиперкинез, проследить его динамику в процессе лечения и оценить его влияние на качество жизни пациентов, реакцию личности на гиперкинез, предположить склонность к тревоге или другим нервно-психическим нарушениям.

Целью нашей работы явилось изучение влияния различных вариантов дрожательного гиперкинеза на степень инвалидизации и уровень тревоги пациентов, страдающих БП.

Нами было обследовано 100 пациентов с дрожательной формой БП (диагноз устанавливался по критериям банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании – А. Hughes и др., 1992), со степенью тяжести 1-2 по шкале Хен и Яра, в возрасте 63±2 года с длительностью заболевания 12±6 месяцев. Лекарственная терапия БП или ее корректировка до начала исследования не проводилась.

В наших исследованиях для измерения тремора мы использовали треморометр с оценкой четырех проб: 1) исследование постурального тремора; 2) исследование тремора покоя; 3) с использованием «груза» 135 граммов; 4) пальценосовая проба. Исследовались показатели: частота тремора (Гц), амплитуда тремора (мг/мс), протяженность тремора во времени (%) в трех плоскостях.

По нашим треморографическим данным пациенты разделились на 4 группы:

- 1) изолированный тремор покоя – 22%;
- 2) тремор покоя в сочетании с постуральным/кинетическим тремором той же частоты – 46%;
- 3) тремор покоя в сочетании с постуральным/кинетическим тремором более высокой частоты – 30%; однако данная группа была представлена сочетанием БП и ЭТ.
- 4) изолированный постуральный/кинетический тремор – 2%.

В группах проводилась оценка степени инвалидизации с помощью опросника инвалидизации, связанной с тремором и уровня тревожности по опроснику самооценки Спилбергера.

В 1-й группе у 48% пациентов наблюдалась средняя амплитуда 4-10 мг/мс, у 23% – в пределах 11-25 мг/мс, у 29% – 26-87 мг/мс.

Во 2-й и 3-й группе амплитуда постурального тремора была выше кинетического на 10% и 15% соответственно. Существенных различий в протяженности тремора во времени между постуральным и кинетическим компонентом не было.

В 4-й группе отмечалось преобладающее число пациентов с высокоамплитудным тремором 400-720 mg/мс.

Уровень инвалидизации во 2-й и 3-й группах превышал значение инвалидизации в 1-й группе на 10 и 12% соответственно. Уровень реактивной тревожности составил $26,4 \pm 4,4$ в 1-й группе; $32,6 \pm 6,1$ во 2-й группе и $34,2 \pm 4,2$ в 3-й группе. Уровень личностной тревожности составил $47,4 \pm 3,2$ в 1-й группе; $51,7 \pm 2,6$ во 2-й группе и $51,9 \pm 3,2$ в 3-й группе.

Основными типами тремора, по нашим данным были: изолированный тремор покоя и тремор покоя в сочетании с постуральным/кинетическим тремором той же частоты. Также была представлена малая группа пациентов, у которых встречался изолированный постуральный/кинетический тремор. По нашему мнению, пациентов, у которых типы тремора имеют разную частоту нельзя рассматривать как пациентов в «чистой» болезни Паркинсона.

В рамках дрожательной формы пациенты с изолированным тремором покоя и пациенты с сочетанием тремора покоя и постурального/кинетического тремора имеют различные показатели в степени инвалидизации и уровня тревожности. Большая инвалидизация и уровень тревожности наблюдается у пациентов с сочетанием тремора покоя и постурального/кинетического тремора

Таким образом, дрожательный гиперкинез при БП широко распространен и имеет важное социально-бытовое значение. Инструментальные исследования показывают полиморфизм клинической картины дрожательной формы БП. Дрожательный гиперкинез значительно и в разной степени влияет на степень инвалидизации и уровень тревожности пациентов.

Литература

1. Голубев, В.Л. Спектральный анализ variability частотно-амплитудных характеристик дрожания при эссенциальном треморе и дрожательной форме болезни Паркинсона / В.Л. Голубев, Р.К. Магомедова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 106, №1. – С. 43-48.
2. Залялова, З.А. Дрожательные фенотипы болезни Паркинсона / З.А. Залялова // Болезнь Паркинсона и расстройства движений / Под ред. С.Н. Иллариошкина, О.С. Левина. – М.: НЦН РАМН, 2011. – С. 55-59.
3. Залялова, З.А. Что мы знаем о треморе / З.А. Залялова // Врач. – 2011. – №14. – С. 7-11.
4. Иванова-Смоленская, И.А. Дрожательные гиперкинезы / И.А. Иванова-Смоленская // Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / Под ред. Штока В.Н., Ивановой-Смоленской И.А., Левина О.С. – М.: МЕДпресс-информ, 2002.
5. Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства / В.Н. Шток // Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / Под ред. Штока В.Н., Ивановой-Смоленской И.А., Левина О.С. – М.: МЕДпресс-информ, 2002.
6. Berendse, H.W. Tremor / H.W. Berendse, T. van Laar // Parkinsonism and Related Disorders / Ed. by E.Ch. Wolters, T. van Laar, H.W. Berendse. – Amsterdam: VU University Press, 2007. – P. 309-325.
7. Fahn, S. Unified Parkinson's Disease rating scale. Recent Developments in Parkinson's Disease / S. Fahn, R. Elton, M. Goldstein. – N.Y.: Macmillan Healthcare Information, 1987. – P. 153-163.
8. Handbook of Tremor Disorders / Ed. by Findley L.J., Koller W.C. – N.Y.: Marcel Dekker, 1995.
9. Handbook of Essential Tremor and other Tremor Disorders / Ed. by Lyons K.E., Pahwa R. – Boca Raton: Francis Group, 2005.

ПОЗДНИЕ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Захаров Д.В., Хубларова Л.А., Михайлов В.А.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

По данным эпидемиологических исследований треть всех случаев экстрапирамидных синдромов объясняются использованием лекарственных средств [6]. Преимущественно экстрапирамидные синдромы провоцируются препаратами, ориентированных на дофаминергический обмен. Классическим примером данных ятрогенных двигательных нарушений являются осложнения на фоне приема нейролептиков, которые могут вызывать практически весь спектр экстрапирамидных расстройств: паркинсонизм, дистонию, тремор, хорею, акатизию, тики, миоклонию, стереотипии. Большинство двигательных расстройств дебютируют с началом приема терапии и регрессируют после отмены лекарственного средства. Однако, некоторые разновидности нейролептических дистоний и дискинезий, т.н. поздние (тардивные), нередко дебютируют и усиливаются на фоне снижения дозы нейролептика, стойко сохраняясь после отмены в течение нескольких месяцев и даже лет [7]. Частота встречаемости таких нарушений достигает 25% у лиц принимающих нейролептики. Клиническая картина поздней дистонии и дискинезии часто характеризуется оромандибулярной дискинезией (букко-лингво-мастикаторный синдром), иногда распространяющийся на все лицо, спастической кривошеей (ретроколлис), торсионной дистонией [4]. Возможно вовлечение туловищной мускулатуры с развитием синдрома «Пизанской башни». Типичная дистоническая поза рук характеризовалась ротацией внутрь, разгибанием предплечья и сгибанием кисти. Исследования последних лет предполагают, что пациенты мужского пола более «склонны» к проявлениям туловищной дистонии, с нередким вовлечением верхних конечностей, в то время как женщины среднего и пожилого возраста обычно демонстрируют классические оро-лингво-буккальные стереотипные движения. Некоторые пациенты демонстрируют стоны, внезапные крики и т.д., которые являются следствием вовлечения дыхательной мускулатуры и могут приводить к гипер- или гипо-вентиляции. Также необходимо отметить, что клиническая картина на фоне применения разных групп препаратов даже с одним, преимущественно дофа-блокирующим механизмом действия, могут быть различны.

Патогенез ТД остается не до конца изученным. С помощью ПЭТ обнаружен абсолютный рост числа дофаминовых рецепторов, причем определенного подтипа. Возможно, этим объясняется факт дебюта парадоксальной гиперкинезии на фоне прекращения лечения или уменьшения дозы нейролептика, а повышение его дозы, временное уменьшение проявлений ТД [3]. Также есть доказательства того, что использование препаратов, блокирующих дофаминовые рецепторы, не обязательно для развития тардивной дискинезии (ТД), и что дофамин и рецепторы могут не играть главную роль в патофизиологии ТД. Так, например описаны случаи спонтанных дискинезий у пациентов с психозом, которые не принимали «дофаминоблокаторы», а также у пожилых пациентов, которые никогда не получали нейролептики.

Факторы риска развития ТД до конца не изучены, сообщения о них отрывочны и носят характер клинических репортов. В качестве наиболее вероятных по данным различных литературных источников и анализу собственных наблюдений, являются длительный период приема типичных нейролептиков, особенно интермиттирующее лечение ими, пожилой возраст, алкогольная отягощенность, женский пол, особенно в климактерический период, наличие сахарного диабета и отсутствие зубного ряда [1].

Все выше перечисленное заставляет исследователей искать новые пути коррекции поздней дискинезии. Рандомизированных и контролируемых исследований оценивающих эффективность лечения поздней (тардивной) дистонии не проводилось. В современной литературе представлены данные ретроспективных анализов применения антихолинергических средств с эффективностью 39-46%, бензодиазепинов с эффективностью 63-68%, использование амантадина сульфата (ПК-Мерц) в сравнении с центральными холинолитиками, а также использование глубокой стимуляции мозга (DBS). В качестве альтернативного метода лечения также Tarsy et al. в 1997 г. было предложено использование ботулинического токсина типа А с описанием лечения у 34 пациентов с эффективностью метода в 29 случаев. Однако данное сообщение не носит характер методических рекомендаций и полученные данные затруднительно использовать в клинической практике [2]. В доступной нам отечественной литературе сообщений об эффективности использования ботулотоксина у пациентов с поздним нейролептическим экстрапирамидным синдромом не обнаружено. Значительному затруднению продвижения данного метода лечения в отечественной и международной медицине способствует отсутствие ряда факторов – рекомендаций по выбору пациентов, рекомендуемых доз и степеней разведения препарата, описанной методики введения препарата, описания возможных осложнений и путей их нивелирования, рекомендаций использование «моно-метода» или в комбинации (например с ПК-Мерц) и др. Однако преимущества метода в виде отсутствия системного действия (Side effect) и возможного взаимодействия с другими видами терапии позволяют предполагать высокую эффективность метода наряду с максимальной безопасностью.

Для оценки тяжести проявлений поздней дистонии/дискинезии в мировой практике используется шкалы, имеющие все доказательства надежности и валидности, преимущественно применяемые в психиатрии для фиксации осложнений нейролептической терапии. Одной из наиболее информативной является Шкала нейролептических осложнений Симпсона [8]. Шкала имеет 43 пункта с 6-бальной степенью оценки тяжести дискинезий.

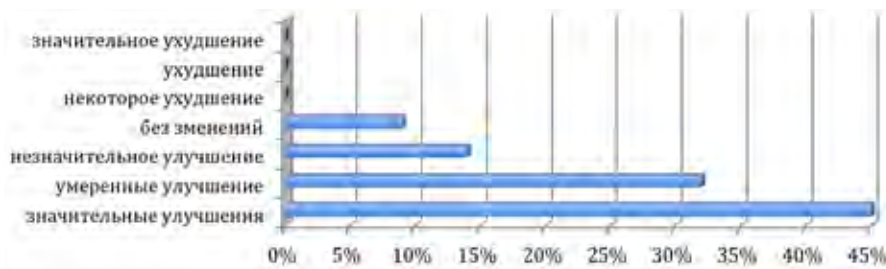


Рис. 1. Шкала общего клинического впечатления (CGI)

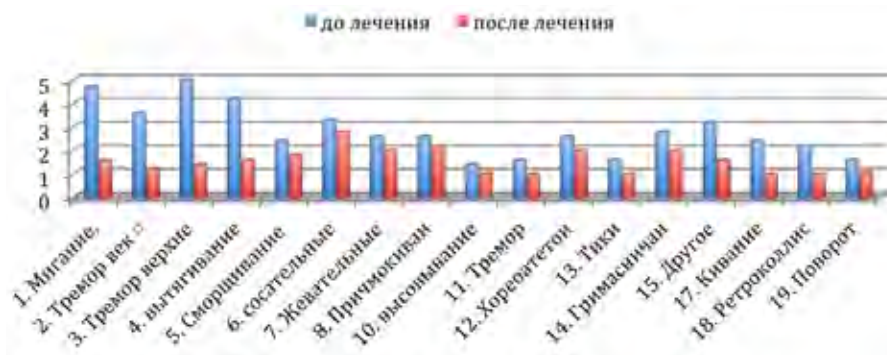


Рис. 2. Шкала нейролептических осложнений Симпсона

Для оценки эффективности введения ботулотоксина в мышцы лица и шеи с целью уменьшения поздних нейролептических осложнений в нашей клинике были выбраны 56 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрения, получающими типичные нейролептики на сроке 14-140 месяцев и развившимся поздним нейролептическим синдромом, проявляющимся дискинезиями преимущественно в лицевой мускулатуре (блефароспазм, оромандибулярная дистонией/дискинезией («синдром кролика»), гиперсаливация), а также повышением мышечного тонуса в мышцах шеи и конечностях по экстрапирамидному типу. У всех пациентов в анамнезе неэффективность холинолитиков, амантадинов, бензодиазепенов и др. препаратов. Небольшая группа респондентов объясняется клиническими характеристиками исследуемой группы и сложностью получения информированного согласия. Всем пациентам вводился ботулинический токсин типа А (Ксеомин) по индивидуальной методике и в индивидуально подбираемой дозе от 70 до 300ЕД преимущественно в жевательную, мимическую мускулатуру лица, язык, платизму. Степень тяжести двигательных нарушений и динамика оценивались с помощью Шкалы нейролептических осложнений Симпсона и шкалы общего клинического впечатления.

Результаты: После введения ботулотоксина все пациенты отметили положительную динамику. По шкале Общего клинического впечатления (CGI) (рис. 1) результаты лечения преимущественно оценены как хорошо и очень хорошо.

Не удалось достичь значительных результатов в случае оромандибулярной дискинезии у пациентов с длительным стажем приема нейролептиков, и длительными (более 4 лет) проявлениями тардивной дистонии. Как следствие, у этих пациентов наблюдались значительные стоматологические проблемы, вплоть до отсутствия значительной части зубов без должного протезирования. Что в свою очередь, является дополнительным триггерным фактором для оромандибулярной дискинезии. У более молодых пациентов, с сохранным зубным рядом или адекватным протезированием, результаты коррекции гиперкинезов жевательной и мимической мускулатуры нижней половины лица были значительно лучше.

По результатам шкалы дискинезий (Шкала нейролептических осложнений Симпсона) (рис. 2) произошло уменьшение среднего общего балла с 86,2 до 52,6, где минимально возможное значение шкалы стремится к 43. Причем в случаях с блефароспазмом, гиперсаливацией, некоторых форм цервикальной дистонии произошло уменьшение общего балла до «1», т.е. полного отсутствия клинических проявлений.

При оценке по шкале дистоний (Шкала Симпсона-Ангуса экстрапирамидных побочных эффектов) получено снижение балла за счет значительного снижения гиперсаливации и моргания, также умеренного влияния на мышечный тонус и гиперкинетический компонент мышц шеи. Однако значимо повлиять на диффузную мышечную ригидность конечностей, походку или проявления акатизии (даже в легких случаях) не удалось.

Стойкость проводимой терапии составляет от 4-х до 6-ти месяцев. Учитывая однократность манипуляции, отсутствие системного действия и каких-либо значимых нежелательных явлений, вместе с возможностью повторных инъекций, эффективность метода оценена как хорошая.

Выводы. Поздняя нейролептическая дистония является актуальной и, вместе с тем, еще недостаточно изученной проблемой, требующей от врача клинической настороженности. Введение ботулинического токсина типа А может быть использовано как самостоятельный безопасный и эффективный метод коррекции вторичной нейролептической дистонии. Метод показывает высокую эффективность в фокальных дистонических проявлениях лица и шеи.

Литература

1. Захаров, Д.В. Тардивные нейролептические дискинезии, особенности клиники и терапевтических стратегий / Д.В. Захаров, З.А. Залялова // Материалы Всерос. науч.-практ. семинара специалистов ботулинотерапии. – Казань, 2012. – С. 21-25.
2. Захаров, Д.В. Возможности ботулинотерапии в коррекции поздних лекарственных дискинезий / Д.В. Захаров, З.А. Залялова, В.А. Михайлов // Рук-во для врачей по материалам II национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). – М., 2011. – С. 263-266.
3. Andreassen, O.A. Oral dyskinesias and morphological changes in rat striatum during long-term haloperidol administration / O.A. Andreassen, C.K. Meshul, C. Moor, B.A. Jorgensen // *Psychopharmacology*. – 2001. – Vol. 157, N1. – P. 11-19.
4. *Burke, R.* Neuroleptic-induced tardive dyskinesia variants / *R. Burke* / In: A.E. Lang, W.J.Weiner (Eds). *Drug-induced movement disorders*. – Mt. Kisco: Futura, 1992. – P. 167-198.
5. Fahn, W.E. Tardive dyskinesia and other drug-induced movement disorders / W.E. Fahn // *Tardive dyskinesia. Research and Treatment*. / Ed. W. Fahr. – New York, 1980. – P. 215-231.
6. Jimenez Jimenez, F.J. Drug-induced parkinsonism in a movement disorders unit: a four-years survey / F.J. Jimenez Jimenez, M. Orti-Pareja, L. Ayuso-Peralta // *Parkinsonism Rel. Disord.* – 1996. – Vol. 2. – P. 145-149.
7. Marsden, C.D. *Extrapyramidal* movement disorders produced by antipsychotic drugs / C.D. Marsden, R.H. Mindham, A.V. Mackay / In: *Psychopharmacology and treatment of schizophrenia* / Ed. by P.B. Bradley. – Oxford: Univ. Pr., 1986.
8. Simpson, G.M. A rating scale for tardive dyskinesia / G.M. Simpson, J.H. Lee, B. Zoubok, G. Gardos // *Psychopharmacol.* – 1979. – Vol. 64. – P. 171-179.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ибатуллин Р.А., Ахмадуллина Р.Ф., Магжанов Р.В., Туник В.Ф.

Башкирский ГМУ, г. Уфа

Актуальность: Проблема особенностей ишемического инсульта у лиц молодого возраста (15-45 лет, по ВОЗ) актуальна и недостаточно изучена. Этиология ИИ у молодых весьма разнообразна в отличие причин у лиц более старших возрастных категорий. Широкий спектр этиологических факторов, недостаточно разработанный алгоритм обследования молодых пациентов с ИИ в сочетании с высокой частотой заболевания приводят в повседневной практике невролога к тому, что причина заболевания часто остается просто невыясненной. Многочисленные исследования в указанной области представляют собой данные ведущих специалистов зарубежных и отечественных неврологических центров в области изучения ИИ у лиц молодого возраста [2, 5]. Диагностика заболеваний в условиях «обычного» неврологического отделения ограничена рамками медико-экономических стандартов, финансовыми и техническими возможностями стационара. Представляет собой определенный интерес анализ случаев ИИ у молодых лиц, пролеченных в условиях неврологического отделения многопрофильной больницы, коим является стационар Республиканской клинической больницы г. Уфа.

Материалы и методы: Проанализированы 33 истории болезни больных молодого возраста с ИИ, находившихся на лечении в 2014 году. Диагноз ИИ был установлен клинически и подтвержден магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной томографией (КТ) головного мозга. В структуре больных 19 мужчин (58%), 14 женщин (42%). Средний возраст составил $31,2 \pm 7,9$ года. Острое нарушение мозгового кровообращения в каротидном бассейне диагностировано у 23 больных (70%), в вертебробазиллярном бассейне – у 10 (30%). Повторный инсульт отмечен у 4 больных (12,5%). Обследование больных происходило в разные сроки после развития ИИ: в остром периоде поступил 21 больной (64%), раннем восстановительном- 12 пациентов (36%). У всех пациентов оценивалась клиническая картина заболевания, проводился физикальный осмотр; общее клиническое исследование крови; определение липидов и глюкозы крови; коагулограмма; электрокардиограмма; исследование состояния экстракраниальных и интракраниальных сосудов с помощью ультразвуковых методов; нейровизуализация (КТ и/или МРТ). По показаниям проводились эхокардиография (ЭхоКГ), суточный мониторинг уровня артериального давления, церебральная ангиография, исследование крови на ревматические пробы, естественные антикоагулянты и др.

Результаты: Наиболее частым вариантом ИИ был кардиоэмболический подтип – у 5 больных (15,1%), представленный следующими заболеваниями: инфекционный эндокардит, состояние после протезирования аортального клапана, миксоматозная дегенерация митрального клапана, дефект межпредсердной перегородки в сочетании с нефрогенной гипертензией. Следующим по частоте оказался гемореологический подтип- 3 больных (9,1%), представленный случаями врожденной тромбофилии (дефицит протеина С), приобретенной тромбофилии (дефицит антитромбина III) и эссенциальной тромбоцитопении. Два случая ИИ развились на фоне приема оральных контрацептивов (6,1%); по одному случаю- на фоне гипергомоцистеинемии (3%), сомнительного АФС (3%), аномалии цереброваскулярной системы (3%), травматической диссекции после оперативного вмешательства на шее (3%); в одном случае (3%) диагностирован атеротромботический подтип в сочетании с артериальной гипертензией; а также верифицирована болезнь Моя-Моя (3%). У 51,7% больных причина ИИ не была установлена, из них у 3 больных имело место вариантное развитие позвоночных артерий при инсульте в системе ВББ, в 1 случае – эндокринологическая патология (диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз в стадии декомпенсации), у 4 больных- артериальная гипертензия. Больным с неустановленной причиной ИИ дополнительно проводились исследования: ЭхоКГ в 100% случаев, суточный мониторинг артериального давления – в 17,6%, рентгенконтрастная ангиография – в 11,8%, МР-ангиография – в 5,8%, исследование крови на ревматические пробы, антитела к фосфолипидам – в 17,6%; протеин С – в 29,4%, антитромбин III – в 5,8%, уровень гомоцистеина – в 5,8%.

Заключение: Таким образом, знание наиболее частых причин заболевания в молодом возрасте, а также следование алгоритму обследования позволило уточнить причины ИИ в 48,3% всех случаев (16 больных). Однако, все же у половины больных причина заболевания осталась неопределенной. У пациентов данной группы отсутствовали явные клинические признаки первичной патологии, которая могла привести к инсульту. К сожалению, диагностический поиск у данной группы пациентов, за небольшим исключением, ограничивался рамками медико-экономических стандартов, либо техническими возможностями дообследования. Некоторые выявленные отклонения по данным проведенных исследований не могли в полной мере объяснить причину ИИ. Например, у 6 больных (21,9%) выявлялись изменения в особенностях кровотока по магистральным артериям головы: гипоплазия позвоночной артерии (ПА) (4), аномалия Киммерле (2), деформация ПА в сочетании с высоким вхождением в позвоночный канал (1). Н.В. Пизова и соавт. (2010) указывают на то, что гипоплазия ПА, изолированно или в сочетании с патологическими деформациями и/или извитостями внутренних сонных артерий, может быть одним из факторов риска развития нарушения кровообращения в вертебрально-базиллярной системе [3]. Согласно проведенному анализу, частота неуточненных причин ИИ у молодых лиц составила 53% (17 больных). Частота криптогенных инсультов в молодом возрасте по данным исследований встречалась в 22-35% [1, 5]. Выяснение этиологии ИИ у молодых лиц в условиях неврологического отделения даже многопрофильного стационара представляет собой непростую задачу и требует не только знания особенностей заболевания, но технических возможностей дополнительного обследования.

Литература

1. Добрынина, Л.А. Ишемический инсульт в молодом возрасте / Л.А. Добрынина, Л.А. Калашникова, Л.Н. Павлова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №3. – С. 4-8.
2. Кадыков, А.С. Особенности нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в молодом возрасте / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова // Рус. мед. журн. – 2006. – №4. – С. 254-257.
3. Пизова, Н.В. Гипоплазия позвоночных артерий и нарушения мозгового кровообращения / Н.В. Пизова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №7. – С. 56-58.
4. Adams, H.P.Jr. Classification of subtype of acute ischemic stroke definitions for use in a multicenter clinical trial / H.P.Jr. Adams, B.H. Bendixen, L.J. Kappelle [et al.] // Stroke. – 1993. – Vol. 24. – P. 35-41.
5. Griffiths, D. Epidemiology and etiology of young stroke / D. Griffiths, J. Sturm // Stroke Research and Treatment. – 2011. – Vol. 9.
6. Martin, P.J. Causes of ischaemic stroke in the young / P.J. Martin // Postgrad. Med. J. – 1997. – Vol. 73, N855. – P. 8-16.
7. Palleiro, O. Etiologic subtypes of ischemic stroke in young adults aged 18 to 45 years: a study of a series of 93 patients / O. Palleiro, B. Lypez // Rev. Clin. Esp. – 2007. – Vol. 207, N4. – P. 158-165.
8. Putaala, J. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki young stroke registry / J. Putaala, A.J. Metso, T.M. Metso [et al.]. – 2009. – Vol. 40, N4. – P. 1195-1203.
9. SiqueiraNeto, J.I. Cerebral infarction in patients aged 15 to 40 years / J.I. SiqueiraNeto, A.C. Santos, S.R. Fabio, A.C. Sakamoto // Stroke. – 1996. – Vol. 27. – P. 2016-2019.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Искра Д.А.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Синдром хронической усталости (СХУ) – это заболевание, ядром клинической симптоматики которого является астенический синдром. За все время изучения этой нозологической формы к нему применялись разные названия: доброкачественный миалгический энцефаломиелит, миалгическая энцефалопатия, хронический мононуклеоз, поствирусный синдром усталости, аллергический энцефаломиелит, нейроэндокринный синдром иммунной дисфункции, исландская болезнь, неврастения, Royal free болезнь [3, 5, 8]. В МКБ 10 используется термин синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни (G93.3). Все применяемые дефиниции отражали доминирующую на тот момент точку зрения на этиопатогенез этой патологии. Рассматривались инфекционная, иммунологическая, нейроэндокринная, генетическая теории, биопсихосоциальная модель возникновения СХУ. Каждая из этих гипотез имеет свои достоинства и недостатки. В настоящее время можно с уверенностью говорить лишь о том, что синдром хронической усталости – это гетерогенное заболевание, патогенез которого определяется различными факторами. Однако подобная точка зрения затрудняет проведение адекватной патогенетической терапии в каждом конкретном случае.

Способы лечебной коррекции СХУ можно разделить на две группы: немедикаментозные и медикаментозные. К немедикаментозным методам лечения относятся когнитивно-поведенческая терапия и градуированная лечебная физкультура (ЛФК). Когнитивно-поведенческая терапия преследует своей целью формирование эффективных копинг-стратегий, т.е. рациональных когнитивных, эмоциональных и поведенческих ответов на переживания (стрессы), связанные с рутинными проблемами быденной жизни. Метод градуированной ЛФК состоит в постепенном, дозированном увеличении физических нагрузок (по сути дела это тренировки) для пациентов с повышенной утомляемостью. При всех достоинствах и недостатках этих методов, нельзя не отметить, что их осуществление требует значительных временных затрат и специальных знаний врача в области психологии и ЛФК [2, 4, 8].

Для медикаментозного лечения используются различные классы лекарственных препаратов: антидепрессанты; анксиолитики, снотворные и седативные средства; при необходимости анальгетики; препараты, обладающие противовирусной и иммуномодулирующей активностью; антиастенические средства.

К настоящему времени в лечении астенических синдромов применялись практически все группы препаратов, обладающих антидепрессивным действием:

- 1) производные лекарственных трав (например, зверобоя);
- 2) обратимые ингибиторы моноаминоксидазы;
- 3) трициклические антидепрессанты;
- 4) четырехциклические и атипичные антидепрессанты;
- 5) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина;
- 6) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

Следует, однако, отметить, что результаты оценки терапевтической эффективности отдельных представителей этого класса лекарственных средств (например, циталопрама) с позиций доказательной медицины не позволяют считать их препаратами выбора для лечения СХУ [8].

Иногда пациентам с СХУ назначают анксиолитики, снотворные и седативные средства: седативные препараты растительного происхождения (экстракт валерианы, новопассит, персен); транквилизаторы небензодиазепинового и бензодиазепинового ряда, (грандаксин, фенибут, атаракс, диазепам, мезепам, клоназепам, лоразепам, альпразолам); нейролептики (меллерил, терален, эглонил, сероквель). Применение этих лекарственных средств при астенических синдромах может быть оправдано, в тех случаях, когда они наблюдаются в структуре психогенных заболеваний. Однако нужно понимать, что эти препараты не влияют непосредственно на патогенез СХУ, кроме того их длительное применение, к сожалению, сопровождается побочными действиями и приводит к развитию привыкания [3, 5].

В ряде случаев пациентам с СХУ требуется назначение анальгетиков или препаратов, обладающих противовирусной и иммуномодулирующей активностью [6, 7]. Целью применения анальгезирующих средств является активация ноцицептивной системы и снижение выраженности сенситизации (возбудимости) нейронов ЦНС. В этой связи чаще всего используются такие препараты, как прегабалин и габапентин.

В отношении необходимости использования в лечении СХУ и других астений, в том числе инфекционного происхождения, лекарственных средств с противовирусным и иммуномодулирующим действием до сих пор не сформировалось единого мнения. В настоящее время доказана низкая терапевтическая эффективность глюкокортикоидов и мелатонина [1]. В то же время имеются сообщения об обнадеживающих результатах при применении амплигена, стафилококкового анатоксина, иммуноглобулина человека. Хотя достоверность этих результатов не достигает уровня доказательности А, тем не менее, эти исследования перспективны, поскольку, с большим основанием можно полагать, что в патогенезе СХУ иммунная дисфункция играет далеко не последнюю роль [6, 7].

Наиболее перспективным для медикаментозного лечения повышенной утомляемости в настоящее время считается применение антиастенических препаратов. К этому классу относятся лекарственные средства, обладающие психостимулирующими и адаптогенными свойствами [3, 5].

К группе классических психостимуляторов относятся: амфетамин и его аналоги, модафинил, риталин, мезокарб (сиднокарб), фепрозидин (сиднофен) и др. Существенным недостатком этих препаратов является мощная (часто чрезмерная) стимуляция психомоторной активности организма при отсутствии влияния или даже угнетении когнитивных функций. Кроме того, поскольку эффекты психостимуляторов реализуются через активацию норадренэргической (симпатоадреналовой) системы, их прием сопряжен с риском таких побочных действий, как артериальная гипертензия, тахикардия, учащение дыхания, усиление потоотделения и т.д. В этой связи, а также из-за высокого риска развития наркомании многие из препаратов этой группы запрещены к применению в РФ.

Наиболее оправданным с точки зрения влияния на патогенез астений различного происхождения является применение адаптогенов [8].

Основные фармакологические эффекты этих препаратов заключаются в:

1. Стимуляции специфического и неспецифического иммунитета, за счет чего повышается резистентность организма к инфекциям;
2. Повышению устойчивости организма (прежде всего головного мозга) к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды (интоксикации, гипоксии, высокие или низкие температуры и др.).

Адаптогенным действием обладают:

1. препараты с ноотропными и ноотропоподобными эффектами (аминалон, пирацетам, глиатилин, милдронат, триметазидин, мексидол, пептидные биорегуляторы: кортексин, эпиталамин)
2. Витамины и витаминно-минеральные комплексы (витамины С, В1, В6, В12, препараты кальция и магния, комплексные соединения: кардонат, витам, сульбутиамин (энерион) и др.).
3. Препараты растительного и животного происхождения (аралия маньчжурская, лимонник китайский, пантокрин, стеркулия платанолистная, женьшень и др.)
4. Специфические актопротекторы (адамантилбромфениламин (ладастен), оксиэтиламмония метилфеноксиацетат (трекрезан), бемитил).

Эффекты адаптогенов опосредованы усилением нейрометаболических процессов, что, помимо иммунокорректирующих и ноотропных эффектов, обуславливает их общетонизирующее действие, проявляющееся в стимуляции психомоторной активности. Выраженность того или иного фармакологического эффекта и их соотношение в представленных группах сильно различается.

Действие ноотропов и ноотропоподобных лекарственных средств опосредовано оптимизацией энергозатратных процессов метаболизма нейронов ЦНС, что проявляется, прежде всего, улучшением когнитивных функций. Иммуномодулирующий и психостимулирующий эффекты у этих препаратов выражены слабо. Это позволяет рекомендовать их, в основном для лечения церебробенных астений органического происхождения. Т.е. тем пациентам, у которых астенический синдром наблюдается при структурных дефектах головного мозга (инсульты, травмы и т.д.).

Такие адаптогены растительного происхождения, как лимонник дальневосточный, заманиха высокая, аралия маньчжурская, левзея софлоровидная обладают преимущественно общетонизирующим (психостимулирующим) действием. Женьшень, пантокрин, элеутерококк, родиола розовая, наряду с общетонизирующим эффектом, проявляют выраженные адаптогенные свойства (стимуляция иммунитета, улучшение переносимости неблагоприятных условий внешней среды). Психостимулирующее действие адаптогенов растительного и животного происхождения несколько ограничивает их практическое применение, поскольку они могут вызывать раздражительность и нарушения сна.

Необходимо также учитывать, что все адаптогены растительного и животного происхождения, а также витаминные комплексы, реализуют свое терапевтическое действие медленно, постепенно, только при их длительном применении, а эффект от лечения, как правило, нивелируется после отмены препарата. Поэтому их следует рассматривать скорее, как средства для профилактики СХУ.

Наиболее сбалансированными иммуномодулирующими, ноотропными и психостимулирующими свойствами обладают адаптогены из группы специфических актопротекторов. Реализация их фармакологического действия осуществляется без дополнительных энергозатрат, терапевтический эффект наблюдается с первых дней применения и длительное время после окончания приема, а умеренные общетонизирующие влияния не сопровождаются нежелательными побочными результатами [3, 5, 8].

Отдельное внимание хотелось бы уделить оксиэтиламмония метилфеноксиацетату – препарату трекрезан. Отличием этого лекарственного средства от остальных представителей группы специфических актопротекторов являются ярко выраженные иммуномодулирующие свойства.

Трекрезан действует на три вида иммунитета: клеточный (активация бактериального фагоцитоза и увеличение в 2 раза активности нейтрофилов); гуморальный (увеличение на 70% количества антител-образующих клеток); систему альфа- и гамма-интерферонов (повышение выработки краткосрочного альфа-интерферона в 4 раза, долгосрочного гамма-интерферона в 5 раз).

Уникальные свойства трекрезана позволяют рекомендовать его, как препарат выбора для лечения астенических синдромов любой этиологии, в том числе и СХУ. Трекрезан может быть назначен для помощи в адаптации пациентов с СХУ к новым климатическим условиям, а также (что особо важно) для профилактики, лечения и реабилитации при простуде и гриппе.

Корректность проводимой терапии СХУ позволит существенно улучшить результаты лечения, которые сейчас далеки от идеальных (улучшение до 2/3 пациентов, примерно у 1/5 – ухудшение, полное излечение – не более 10%, полная профессиональная адаптация – не более 1/3 больных).

Литература

1. Blockmans, D. Combination therapy with hydrocortisone and fludrocortisone does not improve symptoms in chronic fatigue syndrome: a randomized, placebo-controlled, double-blind, crossover study / D. Blockmans, P. Persoons, B. Van Houdenhove [et al.] // *Am. J. Med.* – 2003. – Vol. 114. – P. 736-741.
2. Burgess, M. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults: face to face versus telephone treatment: a randomized controlled trial / M. Burgess, M. Andiappan, T. Chalder // *Behav. Cogn. Psychother.* – 2012. – Vol. 40. – P.175-191.
3. Chambers, D. Interventions for the treatment, management and rehabilitation of patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: an updated systematic review / D. Chambers, A.M. Bagnall, S. Hempel, C. Forbes // *J. R. Soc. Med.* – 2006. – Vol. 99. – P. 506-520.
4. Davenport, T.E. Conceptual model for physical therapist management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis / T.E. Davenport, S.R. Stevens, M.J. VanNess [et al.] // *Phys. Ther.* – 2010. – Vol. 90. – P. 602-614.
5. Goudsmit, E.M. Learning to cope with chronic illness. Efficacy of a multi-component treatment for people with chronic fatigue syndrome / E.M. Goudsmit, D.O. Ho-Yen, C.P. Dancy // *Patient Educ. Couns.* – 2009. – Vol. 77. – P. 231-236.
6. Komaroff, A.L. Role of infection and neurologic dysfunction in chronic fatigue syndrome / A.L. Komaroff, T.A. Cho // *Semin. Neurol.* – 2011. – Vol. 31. – P. 325-337.
7. Morris, G. A neuroimmune model of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome / G. Morris, M.A. Maes // *Metab. Brain Dis.* – 2013. – Vol. 28. – P. 523-540.
8. White, P.D. PACE trial management group. Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial / P.D. White, K.A. Goldsmith, A.L. Johnson, L. Potts [et al.] // *Lancet.* – 2011. – Vol. 377. – P. 823-836.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕТОДАМИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ (1H МРС) И ТОНКОЙ СТРУКТУРНОЙ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

Капустина Т.В., Бутома Б.Г., Липатова Л.В., Савинцева Ж.Б.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, ИМЧ РАН им. В.М. Бехтеревой, Санкт-Петербург

Современные структурные и функциональные исследования головного мозга оказали колоссальное влияние на диагностику и лечение ряда психоневрологических заболеваний, включая расстройства эндогенного и экзогенного спектра. Использование новых методов визуализации привело к более глубокому пониманию патофизиологических механизмов, лежащих в основе этих заболеваний. Применение нейровизуализации в клинической практике позволяет выявить различные изменения вещества головного мозга, такие как гранулемы, пороки развития, сосудистые или травматические повреждения, опухоли и т.д., которые позволяют установить точный синдромальный и этиологический диагноз и определить соответствующую тактику фармакотерапии.

В настоящее время диагностика ряда психоневрологических заболеваний практически невозможна без применения визуализационных технологий, среди которых особую роль играет магнитно-резонансная томография (МРТ). Бурное развитие этой технологии привело к существенной трансформации диагностических алгоритмов, и сегодня речь идет не только о качественной оценке структурных изменений, но и об осмыслении их количественных характеристик. Такой подход в исследовательских работах выводит на первый план изучение диффузионных и перфузионных свойств тканей, концентрации метаболитов и других характеристик, в том числе в «неизменном» веществе головного мозга. Диффузно-тензорная МРТ (ДТ-МРТ) позволяет прижизненно и неинвазивно получать информацию о микроструктуре ткани мозга. При помощи ДТ-МРТ измеряют скорость и направление диффузии в тканях. Диффузия воды в белом веществе мозга ограничена миелином. Если аксоны миелинизированы, то вода диффундирует преимущественно вдоль направления нервных волокон. Следовательно, диффузия воды в белом веществе головного мозга пространственно анизотропна. ДТ-МРТ позволяет получать локальные характеристики диффузии при помощи тензорной модели, которая описывает движение в пространстве, имеющем форму эллипсоида [1, 2].

Исследования последних лет наметили пути использования разных вычислительных алгоритмов построения нервных проводящих путей по данным тензорной МРТ [1]. В исследовании, проведенном В.К. Шамреем с соавт. [3] у больных с депрессивными расстройствами с применением методов воксельной морфометрии и диффузно-тензорной нейровизуализации, выявлено наличие дефицита трактов форника, поясных извилин и мозолистого тела.

Современные методы исследования головного мозга позволяют выявить изменения в мозговых структурах, ответственных за развитие аффективных нарушений и эпилептогенез [2, 4-6, 11]. Функциональная нейровизуализация используется для локализации мозговой дисфункции, преимущественно через нарушения в обмене веществ или гемодинамики исследуемой зоны головного мозга. К методам функциональной нейровизуализации относится магнитно-резонансная спектроскопия (МРС). Протонная магнитно-резонансная спектроскопия (1H МРС) позволяет производить неинвазивные биохимические измерения метаболитов головного мозга и получать информацию о метаболизме мозга [5, 6, 9]. Этот метод исследования основан на «химическом сдвиге» – изменении резонансной частоты протонов, входящих в состав различных химических соединений. Спектроскопия продемонстрировала нарушения, связанные с сигналами N-ацетиласпартата (NAA), креатина и холина у больных шизофренией [2] и эпилепсией [4, 9]. Отклонения обычно состоят из снижения сигнала от NAA и увеличения от холина и креатина. Эти данные согласуются с гистопатологическими характеристиками сокращения числа нервных клеток с нейронной дисфункцией и увеличения количества глиальных клеток.

В проводимое нами исследование было включено 80 больных, которые были разделены на 3 группы: первую группу составили больные эпилепсией (БЭ) – 32 человека, вторую – пациенты с депрессией и эпилепсией (ДЭ) – 28 пациентов и третью – 20 пациентов с депрессивными расстройствами (Д). Синдром депрессии верифицирован с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы Монтгомери-Асберг [7]. Контрольная группа состояла из 30 здоровых добровольцев (ЗД). Выбор пациентов для проведения настоящего исследования, на наш взгляд, может обуславливаться несколькими причинами. Во-первых, сравнительное изучение основных метаболитов мозга в группе больных с эндогенными расстройствами (расстройства аффективного спектра) и в группе БЭ, которая традиционно считается заболеванием органической природы (экзогенно-органической). Во-вторых, депрессия – самое частое коморбидное психическое расстройство при эпилепсии, приводящее к ухудшению течения основного заболевания, повышенному суицидальному риску и снижению качества жизни больных эпилепсией [8, 10]. Аффективная симптоматика в форме депрессий встречается примерно у 30-50% БЭ, хотя в клинических условиях эти состояния своевременно не распознаются, что объясняется размытостью клинических и психопатологических проявлений этих расстройств у БЭ [10]. Недостаточно уточнены основные патогенетические и дополнительные факторы, обуславливающие возникновение аффективных расстройств при эпилепсии. В-третьих, существует несколько общих патогенетических нейробиологических механизмов развития

депрессии при эпилепсии, к которым можно отнести нейробиохимические и иммунологические изменения, вовлечение в патологический процесс единых анатомических отделов головного мозга.

Всем исследуемым проведена МРТ головного мозга с применением методов тонкой структурной нейровизуализации: воксельной морфометрии и диффузно-тензорной визуализации. Сканирование проводилось на аппарате МРТ Philips ACHIEVE 3 Тл, использовался протокол FLAIR ВИ – срезы 1 мм без пробела, T1ВИ – срезы 1 мм без пробела, диффузионно-тензорная МРТ-36 направлений диффузии, фракционная анизотропия кортикоспинального, лобно-затылочного трактов, кортико-стрио-таламо-кортикальных кругов, трактов форникса, мозолистого тела и поясной извилины. Протокол сканирования включал в себя T2-ВИ в аксиальной плоскости, изотропные FLAIR-ВИ и T1-ВИ с толщиной среза 1 мм в сагиттальной плоскости, диффузионно-тензорную МРТ и одновоксельную протонную спектроскопию гиппокампов с коротким временем отклика. Во время постпроцессинговой обработки вычислялись пики основных метаболитов: N-ацетиласпартата (NAA), концентрация холина (Cho) и креатина (Cr), вычислялось соотношение этих метаболитов.

В результате проведенных исследований было получено следующее: у БЭ, по сравнению с группой ЗД, установлено значимое асимметричное снижение показателя фракционной анизотропии в одном из гиппокампов, часто совпадающее с доминантным электрическим эпилептическим очагом, выявлен дефицит трактов ствола мозга (до $0,43 \pm 0,16$), мозолистого тела ($0,47 \pm 0,15$), форникса ($0,500 \pm 0,156$), ассоциативных трактов полушарий ($0,51 \pm 0,16$), а также изменения в проводящих путях кортико-стрио-таламо-кортикального круга ($0,51 \pm 0,16$). Подобные нарушения были выявлены и у БЭ, а минимальные значения исследуемых параметров были отмечены у ДЭ.

Исследование основных метаболитов головного мозга показало, что в группе БЭ и Д значения всех исследуемых параметров были меньше, чем у ЗД, при этом их соотношение было наименьшим при сочетании эпилепсии и депрессии. В контрольной группе ЗД значение NAA/Cho было равно $1,94 \pm 0,15$ ppm; Cho/Cr – $1,00 \pm 0,14$ ppm, NAA/Cr – $1,88 \pm 0,13$ ppm; у БЭ, Д и ДЭ соотношения этих метаболитов были следующими: NAA/Cho – $1,58 \pm 0,22$ и $1,58 \pm 0,22$ и $1,38 \pm 0,22$; Cho/Cr – $1,00 \pm 0,14$ и $0,96 \pm 0,14$ и $0,90 \pm 0,14$; NAA/Cho – $1,50 \pm 0,22$ и $1,50 \pm 0,22$ и $1,40 \pm 0,22$ ppm, соответственно.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о наличии большей деафферентации на стороне эпилептического очага, максимально выраженной в группе больных с сочетанием эпилепсии и депрессии. Нами установлено наличие снижения основных метаболитов большой «тройки» – Cho, маркера клеточных мембран, компонента фосфолипидного метаболизма, отражающего состояние пролиферации клеток; Cr, маркера аэробного метаболизма клеток головного мозга; и NAA, маркера нейродегенерации, у больных эпилепсией и депрессией, достигающие минимальных значений при сочетании этих заболеваний, что свидетельствует об общих патогенетических механизмах эпилепсии и депрессии и усилении метаболических нарушений при их сочетании.

Литература

1. Пронин, И.Н. Диффузионная тензорная магнитно-резонансная томография и трактография / И.Н. Пронин, Л.М. Фадеева, И.Е. Захарова [и др.] // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. – 2008. – Т. 2, №1. – С. 32-41.
2. Ублинский, М.В. Особенности диффузии в мозолистом теле головного мозга больных на ранней стадии шизофрении / М.В. Ублинский, Н.А. Семенова, Н.А. Луковина [и др.] // *Бюл. эксперимент. биологии и медицины*. – 2014. – №11. – С. 557-560.
3. Шамрей, В.К. Современные методы нейровизуализации в диагностике депрессивных расстройств / В.К. Шамрей, Г.Е. Труфанов, Е.Ю. Абриталин [и др.] // *Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.* – 2010. – Т. 1, №29. – С. 37-45.
4. Cendes, F. Lateralization of temporal lobe epilepsy based on regional metabolic abnormalities in proton MRS / F. Cendes, F. Andermann, P.C. Preul, D.L. Arnold // *Ann. Neurol.* – 1994. – Vol. 35. – P. 211-216.
5. Fedi, M. Localizing value of α -methyl-l-tryptophan PET in intractable epilepsy of neocortical origin / M. Fedi, D. Reutens, H. Okazawa [et al.] // *Neurology*. – 2001. – Vol. 57. – P. 1629-1636.
6. Hetherington, H. Proton nuclear magnetic resonance spectroscopic imaging of human temporal lobe epilepsy / H. Hetherington, R. Kuzniecky, J. Pan [et al.] // *Ann. Neurol.* – 1995. – Vol. 38. – P. 396-404.
7. Montgomery, S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // *Brit. J. Psychiat.* – 1979. – Vol. 134. – P. 382-383.
8. Mula, M. What do we know about mood disorders in epilepsy? / M. Mula, M.R. Trimble // *Psychiatric controversies in epilepsy* / Ed. by A.M. Kanner, S. Schachter. – New York: Elsevier, 2008. – P. 49-66.
9. Recommendations for neuroimaging of patients with epilepsy. Commission on neuroimaging of the International League against Epilepsy // *Epilepsia*. – 1997. – Vol. 38. – P. 1255-1256.
10. Tellez-Zenteno, J.F. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis / J.F. Tellez-Zenteno, S.B. Patten, N. Jette [et al.] // *Epilepsia*. – Vol. 48. – P. 2236-2244.
11. Riley, E.M. Neuropsychological functioning in first-episode psychosis – evidence of specific deficit / E.M. Riley, D. McGovern, D. Mockler [et al.] // *Schizopr. Res.* – 2000. – Vol. 43, N1. – P. 47-55.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ СЕКВЕНИРОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Клюшников С.А., Абрамычева Н.Ю., Федотова Е.Ю., Степанова М.С.,
Иванова-Смоленская И.А., Иллариошкин С.Н.

Научный центр неврологии, Москва

В последние годы мы стали свидетелями впечатляющих достижений в области молекулярной генетики. Разнообразные новейшие методы исследований генома человека служат не только целям фундаментальной науки (яркий пример – реализация международного проекта «Human Genome» (HGP) по расшифровке нуклеотидной последовательности всего генома человека, завершившегося в 2001 году), но и широко применяются в клинической ДНК-диагностике, позволяющей проводить поиск мутаций как у симптомных больных, так и у лиц из группы риска, а также пренатальный и неонатальный генетический скрининг. Существенное место среди методов ДНК-диагностики занимает секвенирование, позволяющее установить последовательность нуклеотидов отдельного участка или всей ДНК-человека и, таким образом, обнаружить мутации или варианты структуры (полиморфизмы) конкретных генов или некодирующих последовательностей ДНК. Вплоть до последнего времени в молекулярной генетике доминировал метод секвенирования по Сэнгеру, позволивший, в частности, расшифровать геном человека при реализации программы HGP, а также геномы множества микроорганизмов, растений и животных. Данный метод широко применяется в ДНК-лабораториях в клинической ДНК-диагностике. Принцип метода заключается в синтезе изучаемой последовательности ДНК *in vitro* с остановкой синтеза на определенном азотистом основании путем присоединения дидезоксинуклеотида, неспособного формировать фосфодиэфирную связь со следующим нуклеотидом. Ранее для детекции синтезируемых участков ДНК широко применялась автордиография с мечеными радиоизотопами дезоксинуклеотидами соответственно добавляемым дидезоксинуклеотидам. При проведении секвенирования на первом этапе проводилась амплификация (синтез) необходимого участка ДНК с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР), затем следовала денатурация полученных продуктов с образованием уникальных олигонуклеотидных последовательностей, различающихся по длине. На следующем этапе анализа проводился электрофорез на четырех дорожках в полиакриламидном геле (соответственно числу типов нуклеотидов). В финале исследования проводилась визуализация продуктов секвенирования на радиоавтографе.

В настоящее время широко применяются автоматические капиллярные лазерные секвенаторы с использованием дидезоксинуклеотидов, меченных различными флюорохромами. В этом случае электрофорез проходит на одной дорожке и на электрофореграмме каждому из нуклеотидов соответствует свой цвет полосы, детекция которой производится путем облучения лучом лазера. Анализ результатов и визуализация осуществляются с помощью специализированного программного обеспечения. Именно данный метод секвенирования является «золотым стандартом» молекулярно-генетического анализа, позволив существенно удешевить исследование, превратив, по сути, секвенирование в рутинную лабораторную методику. В настоящее время метод автоматического секвенирования по Сэнгеру существенно модифицирован. Появились методы секвенирования путем гибридизации изучаемой последовательности ДНК с олигонуклеотидной матрицей, включающей все возможные варианты комбинаций 4-х обычных нуклеотидов (аденина, гуанина, цитозина и тимина) определенной длины. Созданы наборы матриц (олигонуклеотидные ДНК-микрочипы), широко применяемые в настоящее время для генотипирования, повторного секвенирования в случае обнаружения мутаций генома, анализа экспрессии генов и т.д. Количество проб в одном ДНК-микрочипе может достигать нескольких десятков тысяч. Данная технология постоянно развивается и совершенствуется.

При всей привлекательности секвенирования по Сэнгеру, данный метод не позволяет быстро секвенировать большие участки генома человека в клинических целях, что предопределило появление технологий секвенирования второго, или следующего, поколения (NGS – Next Generation Sequencing), производительность которых измеряется сотнями миллиардов пар оснований, в результате чего за один рабочий цикл могут генерироваться до сотен мегабайт и гигабайт нуклеотидных последовательностей. Преимущества высокопроизводительного секвенирования перед традиционным секвенированием по Сэнгеру бесспорно. Методы NGS позволяют быстро отсекировать большие участки или весь геном человека (так называемое полногеномное секвенирование – ПГС) за сравнительно короткое время. Быстрое развитие технологий NGS привело к их существенному удешевлению и постепенному внедрению в клиническую лабораторную диагностику. Технологически методы секвенирования второго поколения связаны с двумя химическими процессами – ПЦР отдельной молекулы ДНК на твердой матрице (микросфере или подложке на плоском основании) с последующим циклическим химическим секвенированием. В настоящее время существуют различные технологические платформы для NGS, представленные различными фирмами – Illumina (Solexa/Illumina), Life Technologies (SOLiD 5500 и Ion Torrent), Roche (454 Sequencing) и Dover (Polonator). Данные платформы различаются техническими деталями и принципами реализации. Именно благодаря жесткой конкуренции платформ мы обязаны совершенствованию и удешевлению методов NGS, постепенному избавлению их от «детских болезней» развития. В настоящее время уже появились и активно разрабатываются технологические платформы секвенирования «третьего поколения», при котором амплификация ДНК на первом этапе исследования не требуется, что позволяет избежать ошибок, неизбежно возникающих при первичной амплификации ДНК.

На базе NGS появились методы секвенирования только кодирующих последовательностей ДНК – полно-экзомное секвенирование (ПЭС). Экзом человека представлен совокупностью всех экзонов в геноме, являющихся кодирующими последовательностями ДНК, транслирующими наследственную информацию в матричную РНК, образующуюся в процессе сплайсинга после удаления интронов (некодирующих участков генома). Данный метод позволяет осуществлять поиск мутаций в экзонах, ассоциированных с конкретными заболеваниями, будучи при этом гораздо менее трудоемким и дешевым, чем ПГС. ПЭС весьма эффективно для поиска мутаций при редких формах менделирующих заболеваний. Обладая большей глубиной покрытия генома в сравнении с ПГС, ПЭС позволяет достоверно определить варианты структуры (полиморфизмы) генов. В то же время данный метод NGS не дает возможности обнаружить мутации, расположенные в интронах, что требует применения ПГС. Таким образом, настоящее время основными направлениями диагностического применения NGS в медицине является создание мультигенных панелей для диагностики генетически гетерогенных заболеваний и редких наследственных нозологий, а так же выявление новых генетических ассоциаций для заболеваний, имеющих только фенотипическое описание. Во всех этих случаях поочередная проверка наличия мутаций каждого гена-кандидата с использованием секвенирования по Сэнгеру – крайне трудоемкая и экономически затратная, а порой и невыполнимая задача.

На сегодняшний день методы NGS стали особенно актуальными в диагностике различных форм наследственных нейродегенеративных заболеваний. Нейродегенерации представлены сотнями нозологических форм, в абсолютном большинстве случаев обладают прогрессирующим течением, приводящим к тяжелой инвалидизации и смерти пациентов, являясь, таким образом, важной медико-социальной проблемой. Наследственные нейродегенеративные заболевания сейчас активно изучаются, разрабатываются новейшие методы этиопатогенетической терапии, включая подходы к генной терапии. Знание всего спектра возможных мутаций и полиморфизмов при различных нозологических формах нейродегенеративной патологии является ключевой задачей. Существенную помощь исследователям в изучении молекулярной генетики нейродегенераций может оказать применение методов NGS. Ниже мы приводим примеры успешного применения технологий NGS для диагностики некоторых нейродегенеративных заболеваний, основанные на собственном опыте.

Пример 1. Больная К., 38 лет. Из анамнеза известно, что в возрасте 8-10 лет изменилась походка, стала часто падать. Симптоматика постепенно нарастала, существенно увеличился мышечный тонус в ногах. С 13-14 лет стала обучаться на дому, так как к тому времени ходьба была значительно нарушена, требовалась периодическая поддержка, появились легкие речевые нарушения и снижение памяти. Наблюдалась по месту жительства с диагнозом «болезнь Штрюмпеля». Инвалидной коляской стала пользоваться примерно с 27 лет. Около года назад речевые нарушения переросли в анартрию, стала беспокоить дисфагия. Семейный анамнез не отягощен. *В неврологическом статусе:* контакт невозможен из-за анартрии, тревожна, эмоционально-лабильна, инструкции выполняет в доступном объеме (складывается впечатление об ограниченной сохранности восприятия речи). Глазные щели, зрачки равные. Глазные яблоки отклоняются вправо, ограничение зрения влево, нистагма нет. Слежение за молоточком нарушено: удерживает взгляд на короткое время. Лицо симметрично. При фонации небная занавеска сокращается слабо, отмечаются анартрия и дисфагия. Язык из полости рта не выводит, в полости рта – по средней линии. Практически постоянный оромандибулярный гиперкинез. Правосторонний тортиколлис. Тетрапарез: руки произвольно не удерживает, ограниченные стереотипии, в ногах – пlegия. В руках тонус повышен по смешанному типу, больше справа, в ногах – гипотония. Гипотрофия мышц кистей с деформацией пальцев (переразгибанием в пястно-фаланговых и сгибанием в межфаланговых суставах), деформация стоп с высоким сводом и молоткообразными пальцами. Сухожильные рефлексы низкие, симметричные. Отмечаются патологические стопные и кистевые знаки с двух сторон. Чувствительность и координацию оценить затруднительно. Самостоятельно не ходит, пользуется креслом-коляской. Тазовые нарушения: возможно недержание мочи (мочеиспускание в памперс) и задержки стула.

На МРТ головного мозга обнаружены очаги гипоинтенсивного сигнала в бледном шаре и черной субстанции (без феномена «глаз тигра»). Транскраниальная сонография: расширение боковых желудочков и двусторонняя гиперэхогенность областей черной субстанции и лентиккулярных ядер.

Методом прямого секвенирования проведен поиск мутаций во всей кодирующей области и в местах экзон-интронных соединений гена *PANK2* для исключения пантотенаткиназа-ассоциированной нейродегенерации (болезни Галлервордена-Шпатца), патологические мутации не обнаружены. При проведении ДНК-диагностики с помощью диагностической панели, основанной на клиническом экзомном секвенировании на гены, ассоциированные с нейродегенерациями с накоплением железа в головном мозге, выявлена делеция в гене *C19orf12* с.204_214del11 (p.Gly69ArgfsX10) на хромосоме 19q12. Таким образом, с помощью метода NGS поставлен диагноз редкой формы нейродегенеративного заболевания – нейродегенерации с накоплением железа типа 4 (англ. NBIA4 или MPAN).

Примеры 2 и 3. В большой семье с 4 поколениями больных с аутосомно-доминантной формой наследственной спастической параплегии (болезнью Штрюмпеля) обследованы два двоюродных брата. Пациент Н.Ж., 60 лет жалуется на нарушения походки, шаткость, неустойчивость при ходьбе. Впервые изменения походки отметил в возрасте 57 лет, когда стал часто спотыкаться, преимущественно на левую ногу. Состояние постепенно ухудшалось – появилось чувство скованности, напряжения в ногах, прогрессировало нарушение ходьбы. При неврологическом осмотре выявлен несимметричный спастический парез нижних конечностей, с преобладанием в левой ноге, со снижением мышечной силы до 4,0-4,5 баллов. Сухожильные рефлексы с ног повышены, с расширением

рефлексогенных зон. Патологические рефлексы Бабинского, Чеддока, Россоломо, Жуковского, пяточный рефлекс Бехтерева положительны с обеих сторон. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, отмечается положительный кистевой аналог рефлекса Россоломо справа. В позе Ромберга пошатывается, пяточно-коленную и пальце-носовую пробы выполняет уверенно. Походка спастико-паретическая, ходит самостоятельно, без опоры. Нарушений поверхностной чувствительности нет. Его двоюродный брат, пациент Ю.Д., 53 лет, предъявляет жалобы на затруднение ходьбы, чувство скованности, стягивания в ногах, усиливающиеся при физической нагрузке, боли в икроножных мышцах, возникающие по ночам. Считает себя больным с возраста 45 лет, когда впервые появилось прогрессирующее чувство скованности в ногах. Выраженные затруднения ходьбы отмечает последние 2-3 года – на фоне скованности стал часто падать. Неврологический осмотр выявил нижний спастический парапарез со снижением мышечной силы до 4,0-4,5 баллов. Так же, как и у брата, отмечается несимметричность выраженности пареза с преобладанием в левой ноге. Сухожильные рефлексы с ног высокие, с расширением рефлексогенных зон. Отмечаются положительные рефлексы Бабинского, Чеддока, Россоломо и клonusы стоп с обеих сторон. Сухожильные рефлексы с рук живые, рефлекс Маринеску-Радовичи положительный с обеих сторон. В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую пробу выполняет уверенно, пяточно-коленную – с легкой дисметрией слева. Походка спастико-паретическая, с элементами циркумдукции в левой ноге. Чувствительных расстройств нет.

С помощью методов высокопроизводительного экзомного секвенирования у обоих братьев выявлена миссенс-мутация Thr541Asn в 15 экзоне гена *SPAST* на хромосоме 2p24-p21, соответствующая наследственной спастической параплегии типа 4 (SPG4). В результате получен молекулярно-генетический субстрат данной формы наследственной спастической параплегии.

Наш опыт молекулярной диагностики наследственных спастических параплегий с использованием технологий NGS не ограничивается вышеописанным примером. Недавно нами проведен молекулярно-генетический анализ у пациента В., 4 лет, с задержкой психомоторного развития и синдромом нижней спастической параплегии. В результате выявлена мутация, представляющая собой вставку из 6 нуклеотидов: 53619494_53619495insCGCCGC, приводящая к inserции двух кодонов: Gly112_Ser113insGlyGly, в гомозиготном состоянии в гене *DDHD1* на хромосоме 14q22.1. Данная мутация является патологической и ассоциирована с развитием аутосомно-рецессивной формы спастической параплегии 28 типа. Таким образом, нами продемонстрировано, что технологии NGS успешно работают при диагностике редких форм нейродегенераций из обширной и крайне гетерогенной группы наследственных спастических параплегий.

Примеры 4 и 5. Нами также получен опыт применений технологий NGS в диагностике редких форм наследственных атаксий. Так, в родословной русского этнического происхождения с аутосомно-доминантной прогрессирующей спиноцеребеллярной атаксией с ранним развитием, имевшей 5 пациентов в 3-х поколениях, с помощью технологии ПЭС нами у всех больных выявлена патогенная мутация – замена p.Val1553Met в гене *ITPR1* на хромосоме 3p26.1, вызывающая заболевание в семье. Данная семья находится под нашим наблюдением свыше 25 лет, и лишь применение высокопроизводительного секвенирования нового поколения помогло поставить молекулярный диагноз.

Наконец, с помощью технологий NGS нами поставлена точка в молекулярной диагностике редкой формы X-сцепленной врожденной гипоплазии мозжечка. В 1993-1995 гг. С.Н. Иллариошкиным и другими сотрудниками нейрогенетического отделения НИИ неврологии РАМН была обследована большая семья бурятского этнического происхождения с необычной формой наследственной атаксии. Пробанд был детально обследован в НИИ неврологии РАМН, остальные больные и их ключевые родственники были обследованы амбулаторно по месту жительства во время специально организованной экспедиции в различные регионы Бурятии. Было обнаружено специфическое сочетание X-сцепленного рецессивного типа передачи мутантного гена и своеобразной, необычной для наследственных атаксий клинической картины и сделан вывод, что данное заболевание представляет собой новую, ранее не описанную форму наследственной атаксии – X-сцепленную врожденную гипоплазию мозжечка. Заболеванием страдают только мужчины, заболевание передается через здоровых женщин носительниц мутантного гена половине сыновей. Первым признаком болезни является значительная задержка моторного развития ребенка, отмечаемая уже на первом году жизни. Дети поздно начинают сидеть, ходить (при этом походка с самого начала неустойчивая с частыми падениями), отмечается задержка речевого развития. В дальнейшем к середине первого десятилетия жизни формируется отчетливый неврологический синдром, ядро которого составляют мозжечковая атаксия, дизартрия и ограничение произвольных и латеральных и вертикальных движений глазных яблок – от минимально выраженного до полной наружной офтальмоплегии. Симптомы вовлечения кортикоспинального тракта, как правило, ограничиваются изменениями в рефлекторной сфере без развития спастичности и пирамидных парезов. Весьма важным дифференциально-диагностическим признаком данного заболевания является отсутствие олигофрении и каких-либо других нарушений со стороны интеллектуально-мнестических функций. Заболевание имеет стационарное непрогрессирующее течение (в отдельных случаях с годами отмечается небольшой регресс симптомов), большинство больных адаптированы к самостоятельной жизни. При МРТ головного мозга выявляется весьма специфичный паттерн: гипоплазия полушарий и червя мозжечка, значительное расширение IV желудочка и большой цистерны за счет гипоплазии каудального червя и парамедианных отделов полушарий мозжечка. Дополнительным специфическим признаком данного синдрома по сравнению с большинством других форм наследственных атаксий является сохранность основания моста, продолговатого мозга и верхне-шейных отделов спинного мозга. Посредством молекулярно-генетического анализа тогда удалось выявить тесное сцепле-

ние мутантного гена с локусом Xp11.21-q24 в проксимальной части длинного плеча X-хромосомы. Спустя 20 лет с помощью технологии ПГС нам удалось обнаружить миссенс-мутацию chrX:g.74273420C4T в экзоне 16 гена *ABCBC* на X-хромосоме, кодирующего митохондриальный транспортер железа и ответственного за синтез гема. Таким образом, была идентифицирована патогенная мутация в данной большой семье, приводящая к развитию весьма специфического фенотипа.

Полученный нами опыт применения различных современных технологий NGS при диагностике различных нейродегенераций является яркой иллюстрацией бурного развития молекулярных технологий и их постепенной гибкой адаптации для целей клинической диагностики. Дальнейшее развитие этого направления молекулярной медицины выглядит весьма интригующим, приближая время начала геномной диагностики как нейродегенеративных заболеваний, так и других наследственных болезней человека на рутинной основе, становясь основой персонализированной медицины, способной изменить традиционные представления о диагностике, лечении и профилактике наследственных заболеваний человека.

Литература

1. Захарова, Е.Ю. Новая форма наследственной нейродегенерации с накоплением железа в мозге: клинические и молекулярно-генетические характеристики / Е.Ю. Захарова, Г.Е. Руденская // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – №1. – С. 4-12.
2. Иллариошкин, С.Н. Новая форма наследственной атаксии: X-сцепленная врожденная гипоплазия мозжечка (клинический и молекулярно-генетический анализ) / С.Н. Иллариошкин, И.А. Иванова-Смоленская, Е.Д. Маркова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – №10. – С. 17-23.
3. Шульская, М.В. Полноэкзомное секвенирование для поиска редких мутаций при спиноцереbellарных атаксиях / М.В. Шульская, М.И. Шадрина, С.А. Ключников [и др.] // В сб.: «Фундаментальные проблемы нейронаук. Функциональная асимметрия. Нейропластичность. Нейродегенерация (Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, Москва, 18-19 декабря 2014 года) / Под ред. С.Н. Иллариошкина и В.Ф. Фокина. – М.: Научный мир, 2014. – С. 1013-1017.
4. Finsterer, J. Hereditary spastic paraplegias with autosomal dominant, recessive, X-linked, or maternal trait of inheritance / J. Finsterer, W. Lüscher, S. Quasthoff [et al.] // J. Neurol. Sci. – 2012. – Vol. 318, N1-2. – P. 1-18.
5. Hodkinson, B.P. Next-Generation Sequencing: A Review of Technologies and Tools for Wound Microbiome Research / B.P. Hodkinson, E.A. Grice // Adv. Wound Care (New Rochelle). – 2015. – Vol. 4, N1. – P. 50-58.
6. Hogarth, P. Neurodegeneration with brain iron accumulation: diagnosis and management / P. Hogarth // J. Mov. Disord. – 2015. – Vol. 8, N1. – P. 1-13.
7. Illarioshkin, S.N. X-linked non-progressive congenital cerebellar hypoplasia: clinical description and mapping to chromosome Xq / S.N. Illarioshkin, H. Tanaka, E.D. Markova [et al.] // Ann. Neurol. – 1996. – Vol. 40. – P. 75-83.
8. Mardis, E.R. Next-generation DNA sequencing methods / E.R. Mardis // Annu. Rev. Genomics Hum. Genet. – 2008. – Vol. 9. – P. 387-402.
9. Protasova, M.S. Whole-genome sequencing identifies a novel ABCB7 gene mutation for X-linked congenital cerebellar ataxia in a large family of Mongolian ancestry / M.S. Protasova, A.P. Grigorenko, T.V. Tyazhelova [et al.] // Eur. J. Hum. Genet. – 2015. – DOI: 10.1038/ejhg.2015.139.
10. van Dijk, E.L. Ten years of next-generation sequencing technology / E.L. van Dijk, H. Auger, Y. Jaszczyszyn, C. Thermes // Trends Genet. – 2014. – Vol. 30, N9. – P. 418-426.

Исследование проведено при поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации (соглашение №14.607.21.0094 о предоставлении субсидий). Уникальный идентификатор соглашения RFMEFI60714X0094.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Коваленко А.В., Гаврилюк Б.Л., Коваленко И.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность: Современные методы томографии и тонкие патоморфологические исследования показали, что повреждения центральной нервной системы при рассеянном склерозе (РС) носят преимущественно диффузный характер, что приводит к повреждению большого числа аксонов, включая аксоны зрительного нерва, даже при отсутствии оптического неврита (ОН) в анамнезе [1, 3, 4, 6]. Нарушение функций зрения проявляется в дебюте РС примерно в половине случаев и достигает почти 90% в развернутой стадии заболевания [8, 10, 5]. Максимально раннее выявление вовлечения зрительного анализатора в патологический процесс позволит осуществить диагностику РС на самой начальной стадии, своевременно назначить патогенетическую терапию и избежать быстрого прогрессирования иммунопатологического процесса и инвалидизации [2, 7, 9].

Цель работы: Повысить эффективность диагностики зрительных нарушений у пациентов с РС без ОН в анамнезе.

Материалы и методы: Было обследовано 86 пациентов (30 мужчин и 56 женщин) с достоверным диагнозом рецидивирующе-ремиттирующего РС в соответствии с критериями W.I. McDonald (2005) и тяжестью заболевания по шкале инвалидизации J.Kurtzke от 1,0 до 5,0 баллов ($2,5 \pm 1,5$). Возраст пациентов от 18 до 55 лет ($36,7 \pm 8,5$). Учитывая, что в большинстве случаев вовлечение зрительного анализатора в патологический процесс при ремиттирующем РС протекает в субклинической форме, были отобраны пациенты с высокой остротой зрения (с коррекцией по таблице Головина-Сивцева не ниже 0,8), и нормальными полями зрения по данным кинетической периметрии. Все пациенты РС были разделены на 2 группы: с ОН в анамнезе (27 человек), и без него (59); последняя группа разбита на подгруппы в зависимости от длительности заболевания: до 5 лет (35); от 5 до 10 (11); более 10 лет (13).

Проведено комплексное нейроофтальмологическое обследование (визометрия по таблицам Головина-Сивцева, биомикроскопия, периметрия кинетическая и статическая, контрастопериметрия, офтальмоскопия). Электрофизиологические методы исследования включали определение электрической чувствительности и лабильности зрительного анализатора и оценку зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) на реверсивный шахматный паттерн. Для оценки ЗВП использовали многофункциональный компьютерный комплекс «Нейро-МВП» («НейроСофт», Иваново), с одноканальным методом регистрации ЗВП по международной схеме 10-20%, с последующим анализом показателей латентности, амплитуды и формы пика P_{100} ЗВП. Исследование проводилось с оптимальной коррекцией для дали с целью исключения влияния рефракционного фактора и получения максимальной амплитуды ответа.

Результаты: Электрофизиологическое исследование выявило снижение электрической лабильности у 42% пациентов из всей выборочной совокупности. При длительности заболевания РС более 5 лет без манифестации ОН более чем в 70% случаев (у 17 из 24 обследуемых) была зарегистрирована лабильность зрительного анализатора менее 35 Гц. При этом повышение порогов возникновения электрофосфена было не более чем у 5%. Учитывая, что у пациентов с РС электрическая чувствительность в большинстве случаев не отличалась от нормы, а отмечено только снижение показателей лабильности зрительного анализатора, можно предположить, что идет более локальное повреждение аксиального пучка зрительного нерва.

Исследование ЗВП на шахматный паттерн у 74,4% обследуемых (86) выявило увеличение латентного периода компонента P_{100} ЗВП от 10 до 60 мс по сравнению с верхней границей нормативных значений (рис. 1).

По результатам непараметрического дисперсионного анализа с расчетом критерия Kruskal Wallis test выявлена зависимость показателей латентности ЗВП от длительности РС и наличия ОН в рассматриваемых группах пациентов ($N=50,2$; $p<0,001$). У пациентов с ОН в анамнезе независимо от длительности РС регистрировали увеличение латентности комплекса P_{100} ЗВП у 26 из 27 (96,3%), которое сочеталось со снижением амплитуды у 26 (96,3%) и раздвоением комплекса P_{100} у 23 (85,2%). Аналогичные изменения были у пациентов без ОН при длительности РС более 10 лет (13 человек): увеличение латентности комплекса P_{100} ЗВП у 12 (92,3%), сочетающееся со снижением амплитуды в 100% и в 92,3% раздвоением комплекса P_{100} . Данные изменения выявлены и в группе с длительностью РС до 5 лет (35 человек): увеличение латентности комплекса P_{100} ЗВП и амплитуды у 17 (58,6%), раздвоение комп-

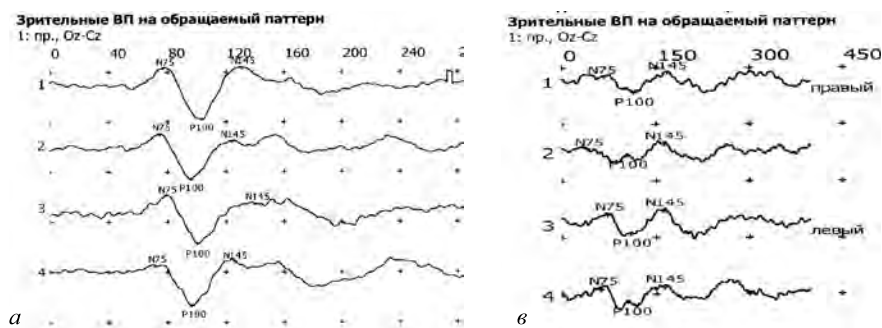


Рис. 1. ЗВП при использовании реверсивного шахматного паттерна размером 24':

а) у здоровых субъектов;
 в) у пациента с РС, без истории ОН (увеличена латентность пика P_{100} , снижена амплитуда, W-подобная форма компонента P_{100}).

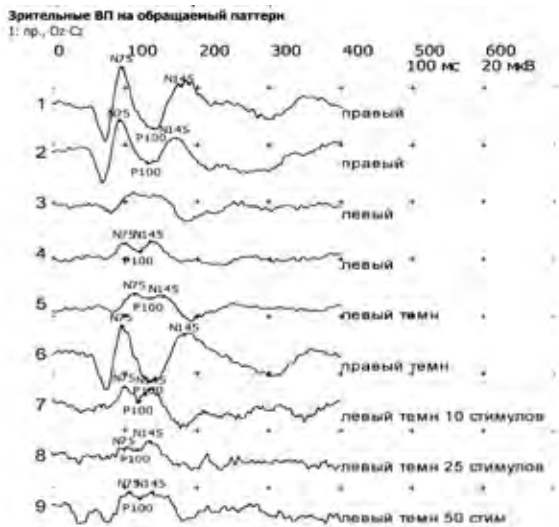


Рис. 2. ЗВП при использовании реверсивного шахматного паттерна размером 24' и 52' у пациента 3. 24 лет с РС с ОН левого глаза в анамнезе (признаки умеренного увеличения латентности пика P_{100} снижена амплитуда слева, комплекс $N_{75}P_{100}N_{145}$ нечеткий, W-подобная форма компонента P_{100} , отмечена повышенная истощаемость).

лекса P_{100} у 15 (42,9%). При длительности РС от 5 до 10 лет (11 человек): изменение латентности комплекса P_{100} ЗВП у 9 (81,9%). При этом отмечалось уменьшение амплитуды – у 6 (54,5%) и изменение комплекса – у 5 (45,5%). При этом раздвоение комплекса P_{100} (W-форма) и уменьшение амплитуды регистрировали как при замедленной, так и при нормальной латентности комплекса P_{100} ЗВП.

При РС у пациентов отмечена повышенная истощаемость зрительных функций. При анализе комплекса $N_{75}P_{100}N_{145}$ ЗВП было выявлено снижение амплитудных показателей и увеличение латентности пиков. В конце исследования показатели были ниже по сравнению с результатами выполненными в начале исследования (рис. 2).

Обсуждение и выводы. Увеличение времени латентности и изменение амплитудных параметров ЗВП у пациентов без ОН в анамнезе, а также снижение электрической лабильности можно объяснить диффузной аксональной нейродегенерацией, которые имеют место при хроническом вялотекущем воспалительно-дегенеративном процессе, характерном для РС [1, 3]. Изменения проводящих путей зрительного анализатора нарастают с течением демиелинизирующего процесса и при длительности РС более 10 лет даже без ОН в анамнезе, сопоставимы с расстройствами, возникшими у больных перенесших ОН (несмотря на высокие показатели остроты зрения). Помимо стандартного исследования ЗВП на шахматный паттерн с оценкой латентного периода компонента P_{100} , следует обращать внимание на снижение амплитуды ЗВП и W-подобную форму волны P_{100} , повышенную истощаемость функций зрительного анализатора.

Преимущество ЗВП по сравнению с другими методами диагностики РС – высочайшая чувствительность в определении «немых» очагов, т.е. электрофизиологических изменений в белом веществе, не сопровождающихся неврологическими симптомами. Также следует отметить объективность и неинвазивность метода. Электрофизиологически демиелинизация при проведении ЗВП проявляется замедлением проведения в пораженных волокнах зрительного пути. Кроме использования в диагностике ЗВП применяются для изучения патофизиологических механизмов демиелинизации, мониторингования состояния мозга в процессе экзогенного и эндогенного воздействия на организм, и, в частности, в процессе лечения.

Литература

1. Бисага, Г.Н. Морфологические особенности очагов демиелинизации в коре головного мозга при рассеянном склерозе / Г.Н. Бисага, О.Н. Гайкова, Л.С. Онищенко [и др.] // Неврол. вестн. – 2010. – Т. 42, вып. 1. – С. 127-128.
2. Бойко, А.Н. Современные подходы к лечению рассеянного склероза / А.Н. Бойко, И.Е. Гусев // Неврол. вестн. им. В.М. Бехтерева. – 2010. – Т. 42, вып. 1. – С. 156-157.
3. Коваленко, А.В. Патоморфологические изменения зрительного нерва и хиазмы при рассеянном склерозе / А.В. Коваленко, О.Н. Гайкова, Г.Н. Бисага [и др.] // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2011. – №3(35). – С. 126-132.
4. Коваленко, А.В. Оптическая когерентная томография – новый объективный метод диагностики аксональной дегенерации зрительной системы при рассеянном склерозе / А.В. Коваленко, Г.Н. Бисага, Э.В. Бойко [и др.] // Нейроиммунология. – 2011. – Т. 9, №1-2. – С. 33-39.
5. Шмидт, Т.Е. Рассеянный склероз / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.
6. Bar-Or, A. The immunology of multiple sclerosis / A. Bar-Or // Semin. Neurol. – 2008. – Vol. 28, N1. – P. 29-45.
7. Jenkins, T.M. Diagnosing and managing multiple sclerosis / T.M. Jenkins, A.J. Thompson // Practitioner. – 2009. – Vol. 253, N2/3. – P. 25-30.
8. Law, S.W. Multiple sclerosis presenting with homonymous hemianopia / S.W. Law, A.W. Lee, C.S. Chen // Aust. fam. physician. – 2009. – Vol. 38, N10. – P. 795-796.
9. Osborne, B.J. Optic neuritis and risk of MS: differential diagnosis and management / B.J. Osborne, N.J. Volpe // Cleve. Clin. J. Med. – 2009. – Vol. 76, N3. – P. 181-190.
10. Sobaci, G. Stereoacuity testing discloses abnormalities in multiple sclerosis without optic neuritis / G. Sobaci, S. Demirkaya, A. Gundogan, F.M. Mutlu // J. Neuroophthalmol. – 2009. – Vol. 29, N3. – P. 197-202.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КАМПТОКОРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Коваленко А.П., Мисиков В.К.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Камптокормия (КК), как симптом, встречается при многих неврологических заболеваниях, самым частым из которых является болезнь Паркинсона. Она характеризуется патологической позой с насильственным наклоном туловища вперед и возникает в вертикальном положении, усиливается при длительном стоянии или ходьбе и уменьшается в горизонтальном положении. Формирование этого симптома у пациентов с болезнью Паркинсона приводит к вынужденной позе, нарастанию поструральной нестабильности и увеличивает риск падений. КК значительно инвалидизирует пациентов, приводит к нарушению передвижения и самообслуживания.

Информация об эпидемиологии и патогенезе данного симптома весьма скудна. В качестве причин развития КК при БП предполагают сегментарную аксиальную дистонию и/или локальную миопатию паравертебральных мышц, однако точные механизмы остаются неустановленными [4, 6]. Явной связи между выраженностью камптокормии и режимом приема, суточными дозами леводопы не наблюдается, при этом имеются данные о возникновении феномена после начала терапии агонистом дофамина прамипексом (мирапексом), при этом у большинства пациентов симптом исчезает после отмены препарата. Предполагается, что именно прием этого агониста дофамина спровоцировал развития данного феномена (Артемьев Д.В., Нодель М.Р., 2012).

По данным Н.В. Фёдоровой (2013), в 62,9% случаев камптокормия проявлялась уже в положении сидя, у 30% больных сразу после приема вертикального положения, однако у всех пациентов исчезала в положении лежа на спине. 37,1% пациентов использовали палочку при ходьбе; 5,7% больных были вынуждены использовать ходунки. У 88,6% больных отмечались боли в спине. В 2010 году N.G. Margraf et al. предложили тестовую шкалу для оценки тяжести клинических симптомов камптокормии (оценка включает в себя угол наклона, обстоятельства возникновения, время дня, когда симптомы возникают, степень боли в спине и ограничение в повседневной деятельности) [5].

Проблема камптокормии, при достаточно низкой частоте встречаемости, весьма трудно разрешима. Если конкретный случай не связан на прямую с приёмом прамипексола, то вероятность успеха терапии невелика. Лечение КК при БП включает коррекцию противопаркинсонической терапии, инъекции ботулотоксина (БТА) и ортопедические вмешательства, однако его результаты чаще всего неудовлетворительны. Ряд авторов сообщает об эффективности применения электростимуляции глубоких структур головного мозга, но эти данные так же не находят своего безусловного подтверждения.

Использование ботулинических токсинов типа А (БТА) в коррекции симптома не однозначно. Даже по методологии введения БТА среди медицинского сообщества не выработан консенсус о том дистония или спастичность каких мышц является ведущими в структуре камптокормии.

Часть авторов говорит о преимущественном вовлечении в процесс *m. oblique abdominis* с обеих сторон (Г. Райхель, 2012), в то время как З. Залялова (2012) обращает внимание, что основной мышцей для введения БТА должна быть *m. rectus abdominis* [3]. Результаты введения БТА *ex uvantibus* (R. Von Coelln et al., 2008; G. Defazio, 2008) показывают, что введение БТА в *m. iliopsoas* – приводит к уменьшению дистонии. В работе Yoshihiko Furusawa et al. (2015), посвящённой ЭМГ при камптокормии, выделены две клинические формы – с верхней (ВК) и нижней (НК) точкой сгибания, выполнение ЭМГ в этих двух разных формах показало, что в группе с ВК активность наблюдается в *m. oblique abdominis ext.*, а в группе с НК в *m. iliopsoas*. Однако, следует отметить, что в этой работе для ЭМГ использовались поверхностные электроды [7].

В настоящее время под нашим наблюдением находятся 11 пациентов с болезнью Паркинсона осложненной синдромом камптокормии. При оценке степени тяжести камптокормии по Margraf, мы обратили внимание на различия между пациентами по точке наклона туловища, что позволило нам выделить две основные клинические формы камптокормии – грудно-поясничную (ГП) и пояснично-тазовую (ПТ) (рис. 1).



Рис. 1. Формы наклона туловища при синдроме камптокормии

При этом большинство из наблюдаемых нами пациентов имеет пояснично-тазовую форму камптокормии. Проанализировав паттерн мышц, участвующих в формировании ПТ и ГП типов камптокормии, мы предполагаем, что в основе ГП формы камптокормии может лежать активность *m. rectus abdominis* и, возможно, *m. oblique abdominis*. ПТ камптокормия скорее всего формируется активностью *m. psoas major* и *m. oblique abdominis*. Выполненное 5 пациентам с ПТ камптокормией ЭМГ (игольчатыми электродами) показало активность в *m. oblique abdominis int.*, при этом активности в *m. rectus abdominis* и в *m. oblique abdominis ext.* выявлено не было.

Трёхлетнее наблюдение и лечение ботулиническим токсином типа А (Ксеомин) пациентки Б., 66 лет, страдающая болезнью Паркинсона, осложнённой синдромом камптокормии ПТ-формы, позволило нам проверить основные предлагаемые в литературе схемы введения препарата [2-4]. Эффективной показала себя схема, при которой основной мышцей-мишенью была выбрана *m. psoas major* [1]. Введение в эту мышцу сопряжено со значительными трудностями. Только введение под контролем КТ даёт уверенность в том, что вы действительно ввели препарат точно в *m. psoas major*. Схема введения была построена следующим образом: *m. psoas major* по 100 ЕД с обеих сторон; *m. oblique abdominis int. et ext.* по 50 ЕД с обеих сторон.

В условиях кабинета компьютерной томографии, после КТ-разметки и инфильтрационной анестезии 0,5% раствором новокаина в *m. iliopsoas* с обеих сторон были введены пункционные иглы (глубина введения 9 см).

После проведения кт-контроля нахождения иглы (рис. 2) в каждую мышцу было введено по 100 ЕД Ксеомина, что так же было подтверждено КТ-контролем (рис. 3).

При контрольном осмотре через 30 дней был зафиксировано выраженное улучшение состояния. Пациентка свободно передвигается без тростей, спокойно выходит из дому без посторонней помощи, боли и усталость в спине прекратились (рис. 4). Эффект в данном случае был достаточно длителен и сохранялся в течение 5-6 месяцев.



Рис. 2. Компьютерная томограмма на уровне L3, визуализирующая введение иглы в *m. psoas major*

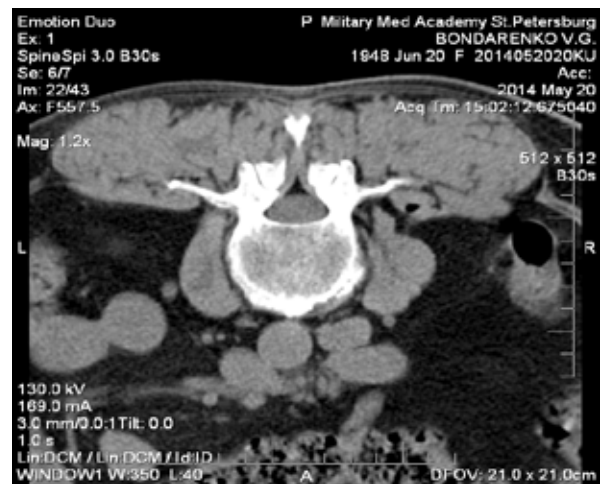


Рис. 3. Компьютерная томограмма на уровне L3, визуализирующая наличие препарата в мышце.



Рис. 4. Больная Б. до (Ф.1) и через четыре недели после (Ф.2 и Ф.3) введения БТА.

Из 11 пациентов с синдромом камптокормии находящихся под нашим наблюдением 8 было проведено лечение ботулиническим токсином типа А (Ксеомин). У всех пролеченных пациентов наблюдалась пояснично-тазовая форма камптокормии – поэтому мышцами-мишенями были *m. psoas major* и *m. oblique abdominis int.* Положительный эффект наблюдался в 6 случаях. В 2 случаях эффекта добиться не удалось.

Таким образом, ботулинический токсин является эффективным средством лечения камптокормии при болезни Паркинсона. В структуре синдрома камптокормии имеются две клинические формы – грудно-поясничная и пояснично-тазовая, требующие дифференцированного подхода к терапии, при этом, точная патофизиология этого явления остается неясной.

Литература:

1. Коваленко, А.П. Использование ботулинотерапии для лечения камптокормии у больных с болезнью Паркинсона (клинический случай) / А.П. Коваленко // Болезнь Паркинсона и расстройства движения. Руководство для врачей. По материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движения (с международным участием) / Под ред. проф. С.Н. Иллариошкина и проф. О.С. Левина. – М., 2014. – С. 198-200.
2. Йост, В. Иллюстрированный атлас инъекционного использования ботулинического токсина. Дозировка. Локализация. Применение. / В. Йост. – М.: Квинтэссенция, 2011.
3. Райхель, Г. Терапевтическое руководство спастичность – дистонии / Г. Райхель. – Бремен: УНИ-МЕД, 2013.
4. Azher, S.N. Camptocormia: pathogenesis, classification, and response to therapy / S.N. Azher, J. Jankovic // Neurology. – 2005. – Vol. 65. – P. 353-359.
5. Margraf, N.G. Camptocormia in idiopathic Parkinson's disease: a focal myopathy of the paravertebral muscles / N.G. Margraf, A. Wrede, A. Rohr [et al.] // Mov. Disord. – 2010. – Vol. 25. – P. 542-551.
6. Wrede, A. Myofibrillar disorganization characterizes myopathy of camptocormia in Parkinson's disease / A. Wrede, G.N. Margraf, H.H. Goebel [et al.]. – 2011.
7. Furusawa, Y. Mechanism of camptocormia in Parkinson's disease analyzed by tilt table-EMG recording / Y. Furusawa [et al.] // Parkinsonism and related disorders. – 2015. – Vol. 21. – P. 765-770.

НАРУШЕНИЕ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА НА ФОНЕ ГЛУБОКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Красаков И.В., Литвиненко И.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург

Внедрение электростимуляции глубоких структур головного мозга (deep brain stimulation (DBS)) произвело революцию в терапии болезни Паркинсона (БП). В настоящий момент данный вид лечения признан как эффективный и безопасный, существенно улучшающий качество жизни пациентов. Основной хирургической мишенью при БП является субталамическое ядро (СТЯ), постоянная электростимуляция которого улучшает как моторные, так и немоторные проявления БП [1].

Существует достаточное количество работ, в которых показано, что электростимуляция СТЯ у пациентов, страдающих БП, приводит к улучшению качества ночного сна (в основном за счет снижения ночной гипокинезии), а также снижению дневной сонливости (в связи с уменьшением дозы принимаемых дофаминергических препаратов). Однако число наблюдений в данных работах не превышало 10-11 больных, что не позволяет считать полученные результаты достоверными.

Среди нарушений сна, встречающихся при БП, особое место занимает нарушение фазы быстрого сна (ФБС), которое встречается у 60% пациентов. Диагностика и коррекция данного расстройства важны в связи с наличием прямой корреляции степени выраженности нарушения ФБС, когнитивных нарушений и галлюцинаций у пациентов, страдающих БП [2].

Учитывая анатомическое расположение субталамических ядер, можно предположить, что их стимуляция теоретически не способна привести к развитию нарушения ФБС или ухудшить течение данного расстройства. Однако повседневная практика, с учетом увеличения числа прооперированных пациентов, доказывает обратное. Все чаще мы сталкиваемся с появлением жалоб у пациентов и их родственников на развитие двигательного возбуждения и криков по ночам после проведения электростимуляции СТЯ. При этом коррекция дофаминергической терапии и очередная настройка стимулятора не дают положительного результата. Предложенные меры медикаментозной коррекции (мелатонин, клоназепам) также не приводят к купированию симптоматики.

Патогенез развития нарушения ФБС связан с патологией ядер ствола головного мозга. В 2007 г. В.Ф. Воеве предположил, что существует две группы нейронов, ответственных за контроль фазы быстрого сна у человека: генерирующие (REM-on) и блокирующие (REM-off).

К REM-on нейронам относятся, в том числе, холинергические педункулопонтинные и латеродорзальные ядра покрышки, снижение активности которых может приводить к нарушению генерации фазы быстрого сна. Это предположение подтверждается работой R.L. Albin et al., в которой с помощью позитронно-эмиссионной томографии обнаружено снижение активности педункулопонтинных ядер у больных с нарушением ФБС.

В 2007 г. проведено исследование, в котором при помощи трактографии было показано, что субталамическое ядро имеет реципрокное взаимодействие с педункулопонтинным ядром, регулирующим ФБС. При этом субталамическое ядро имеет подобные педункулопонтинному ядру связи с корой больших полушарий, базальными ганглиями, мозжечком и спинным мозгом.

Более того, в 1995 г. были доказаны связи субталамического ядра с холинергическими латеродорзальными ядрами покрышки и ядрами шва. Таким образом, доказано наличие непосредственной связи СТЯ с ядрами, вовлеченными в генерацию ФБС, что подтверждает возможность развития нарушения ФБС при их глубокой стимуляции.

T.A. Piette et al. указывают на возникновение нарушения ФБС непосредственно после установки первого электрода в СТЯ. Так, 56-летний пациент с акинетико-ригидной формой БП моментально заснул сразу после установки электрода в левое субталамическое ядро, и его сон сопровождался двигательным возбуждением. Электроэнцефалограмма, полученная в течение часа после развития данного расстройства, соответствовала критериям ФБС, однако, на электромиограмме, полученной с подбородочной мышцы, отсутствовала характерная для этой стадии сна атонация. Эпилептической активности выявлено не было. Пациент продолжал спать в течение двенадцати часов и после пробуждения предъявлял жалобы на кошмары, в которых он якобы избил до смерти своего внука. Выполненные компьютерная и магнитно-резонансная томографии исключили возможные геморрагическое или ишемическое внутриоперационные повреждения. Полисомнография, проведенная спустя 7 суток, не выявила признаков нарушения ФБС. Через две недели пациенту была проведена установка второго электрода в правое субталамическое ядро, прошедшая без особенностей. Авторы предположили, что в процессе установки электрода происходит повреждение волокон, отвечающих за генерацию ФБС, находящихся в непосредственной близости с СТЯ.

Результаты наиболее крупного известного нам исследования, посвященного определению взаимосвязи электростимуляции СТЯ и нарушением ФБС, были опубликованы в 2015 г. учеными Кореи. В исследование было включено 90 пациентов, страдающих болезнью Паркинсона (40 мужчин и 50 женщин). Проведено интервьюирование пациентов и ухаживающих за ними лиц. Среди обследованных пациентов нарушение ФБС выявлено у 47 пациентов (52,2%) еще до проведения электростимуляции. Через год после проведенной операции отмечалось достоверное увеличение числа пациентов с нарушением ФБС среди обследованных ($p < 0,001$), данное расстройства

было выявлено у 69 (76,6%) пациентов. В течение года после операции нарушение ФБС впервые развилось у 16 пациентов, при этом у 4 пациентов – незамедлительно после операции. Из 47 пациентов, имевших данную патологию до операции, расстройство сохранялось у 46 пациентов, у одного пациента произошел регресс симптоматики. Однако у 13 пациентов из 46 выраженность симптоматики значительно снизилась. Среди 16 пациентов с заново развившимся нарушением ФБС четверо получали препараты, потенциально способные приводить к данным расстройствам (трициклические антидепрессанты, бензодиазепиновые анксиолитики). У пациентов с вновь возникшим нарушением ФБС отмечалось более значимое улучшение двигательных симптомов и достоверное снижение суточной дозы леводопы по сравнению с пациентами без данного расстройства.

Таким образом, можно предположить, что более точная установка электрода в СТЯ является предрасполагающим фактором к развитию нарушения ФБС. Данная гипотеза в очередной раз заставляет задуматься о наличии связей субталамического ядра с центрами регуляции ФБС, а, следовательно, и о том, что в патологический процесс при нарушении ФБС вовлечены не только структуры нижней части ствола головного мозга.

Несмотря на наличие данных об отрицательном влиянии глубокой электростимуляции на ФБС, N. Nishida et al. представили результаты собственного исследования по оценке влияния данной операции на качество сна у пациентов, страдающих БП, которые говорят об обратном. При помощи шкалы оценки качества сна при БП и полисомнографического исследования они показали субъективное улучшение эффективности качества сна, а также восстановление нормальной архитектуры сна и процентного содержания ФБС. Кроме того, ими было показано достоверное увеличение содержания ФБС с физиологической атонией.

Авторы предполагают, что улучшение качества сна у прооперированных пациентов происходило за счет трех механизмов: снижения выраженности ночной акинезии, снижения дозы дофаминергических препаратов, а также за счет непосредственной стимуляции субталамического ядра.

Безусловно, вклад электростимуляции СТЯ в развитие нарушения ФБС требует дальнейшего изучения. Что же касается терапии данного расстройства сна у пациентов, страдающих БП, перенесших операцию, к сожалению, рекомендованные способы терапии [3] показывают малую эффективность. Так, у наблюдаемых нами пациентов, страдающих БП, не отмечалось снижение выраженности симптоматики при назначении мелатонина. Даже при увеличении дозы мелатонина до 6 мг перед сном, прием препарата в течение месяца не приводил к снижению выраженности симптоматики ни у одного пациента. Прием клоназепама приводил к купированию данной патологии, однако применяемая доза была значительно выше, чем в сопоставимой группе пациентов без перенесенного оперативного вмешательства и максимально достигала 4 мг перед сном, что было сопряжено с развитием побочных эффектов.

Отсутствие эффекта от проводимой «классической» терапии нарушения ФБС также позволяет предположить возможность наличия иного механизма развития данной патологии на фоне электростимуляции СТЯ, который может заключаться в снижении активации холинергических REM-оп нейронов ствола мозга.

Ранее нами [2, 4] были опубликованы результаты исследования, в котором была доказана эффективность коррекции нарушения ФБС ингибиторами ацетилхолинэстеразы у пациентов, страдающих БП, осложненной деменцией. По нашему мнению, данный подход может рассматриваться в качестве альтернативного при развитии нарушения ФБС после проведения электростимуляции вне зависимости от наличия или отсутствия нарушений когнитивных функций у пациентов, страдающих БП. В настоящее время нами начато исследование в данном направлении.

Таким образом, проведение глубокой стимуляции субталамического ядра может влиять на архитектуру сна у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона. Недостаточное количество исследований в этой области и их противоречивость не позволяют нам однозначно трактовать это влияние. На практике мы отмечаем увеличение частоты встречаемости нарушения ФБС у пациентов с выполненной глубокой стимуляцией СТЯ. Подход к терапии нарушения ФБС на фоне глубокой стимуляции у пациентов, страдающих БП должен отличаться от стандартного в связи с низкой эффективностью клоназепама и мелатонина. Наличие данных о взаимосвязи СТЯ с холинергическими ядрами, вовлеченными в генерацию ФБС, позволяет рассматривать ингибиторы ацетилхолинэстеразы как перспективный метод терапии.

Литература

1. Гамалея, А.А. Электростимуляция глубоких структур головного мозга при экстрапирамидных заболеваниях. Принципы программирования / А.А. Гамалея [и др.] // Нервные болезни. – 2012. – №4. – С. 55-62.
2. Литвиненко, И.В. Нарушения сна у больных с деменцией при болезни Паркинсона / И.В. Литвиненко, И.В. Красаков, О.В. Тихомирова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, №9. – С. 37-42.
3. Литвиненко, И.В. Расстройства сна при неосложненной деменцией болезни Паркинсона: результаты контролируемого сравнительного исследования применения мелатонина и клоназепама / И.В. Литвиненко, И.В. Красаков, О.В. Тихомирова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, №12. – С. 26-30.
4. Литвиненко, И.В. Нарушения сна и памяти, ацетилхолин при некоторых нейродегенеративных заболеваниях, применение пролонгированной формы галантамина / И.В. Литвиненко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 2. – С. 100-105.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУЛЬТИФАЗНОГО РАССЕЯННОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Красаков И.В., Бисага Г.Н., Тихомирова О.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург

Острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ) и близкий к нему острый рассеянный энцефалит (ОРЭ) являются аутоиммунными воспалительными заболеваниями нервной системы. Оба заболевания характеризуются распространенной демиелинизацией головного и спинного мозга (ОРЭМ) или только головного мозга (ОРЭ), развивающейся, как правило, после инфекции или вакцинации. Нередко, кроме центральной нервной системы отмечается вовлечение периферических нервов, вегетативной нервной системы, оболочек мозга. При типичном течении ОРЭМ и ОРЭ патологический процесс однофазный, т.е. острый с последующим восстановлением, что и является основным диагностическим критерием, позволяющим отличить его от хронического течения рассеянного склероза (РС) [1]. Однако в некоторых случаях возможно повторное возникновение ОРЭМ или ОРЭ, с точным повторением симптомов первой атаки, что классифицируют как рецидивирующий ОРЭМ (ОРЭ). Также изредка встречается повторная атака ОРЭМ (ОРЭ), которая проявляется вовлечением новых областей мозга и соответственно, появлением новых клинических симптомов, что называют мультифазным ОРЭМ (ОРЭ). В настоящей статье мы приводим собственное наблюдение пациента с ОРЭ с редким мультифазным течением.

Больной К., 1988 г. рождения, 16.04.2013 г. госпитализирован в неврологическое отделение областной больницы в связи с остро развившимся онемением правой половины лица и правой руки. При осмотре: легкая недостаточность лицевой мускулатуры справа, правосторонняя гиперрефлексия. При МРТ головного мозга (0,3 Тл) (рис. 1, а) на T2 ВИ в аксиальной плоскости в левом полушарии головного мозга конвекситально выявлен гиперинтенсивный очаг с неровными и нечеткими контурами. Этот же очаг на T1 ВИ имел слабогипоинтенсивный и изоинтенсивный сигналы. Состояние было расценено как ишемический инсульт в бассейне левой среднемозговой артерии. Проведена метаболическая терапия с улучшением в виде снижения выраженности неврологической симптоматики.

Через месяц повторная МРТ головного мозга (1,5 Т) (рис. 1, б) выявила в левой лобно-теменной области зону патологических структурных изменений с неоднородной кистозно-солидной структурой, слабо гиперинтенсивную на T2 ВИ и слабо гипоинтенсивную на T1 ВИ, имеющую нечеткие контуры с явлениями умеренного перифокального отека. После внутривенного введения контрастного препарата отмечалось незначительное неоднородное усиление интенсивности сигнала. Пациент повторно прошел стационарное лечение в прежнем стационаре с диагнозом: Последствия ишемического инсульта. При осмотре неврологической симптоматики не отмечалось.

В дальнейшем дважды в год выполнялось МРТ головного мозга, где отмечался участок кистозной перестройки в теменной доле с признаками глиоза по периферии, признаки перифокального отека отсутствовали. Пациент оставался трудоспособным, легко справлялся с должностными обязанностями.

В феврале 2015 г. перенес простудное заболевание, осложнившееся развитием острого гайморита. В апреле 2015 г. с профилактической целью принял таблетку Левамизола 150 мг, после чего отмечалось повышение температуры до 38°C, головная боль и плохое самочувствие в течение двух недель, за медицинской помощью не обращался.

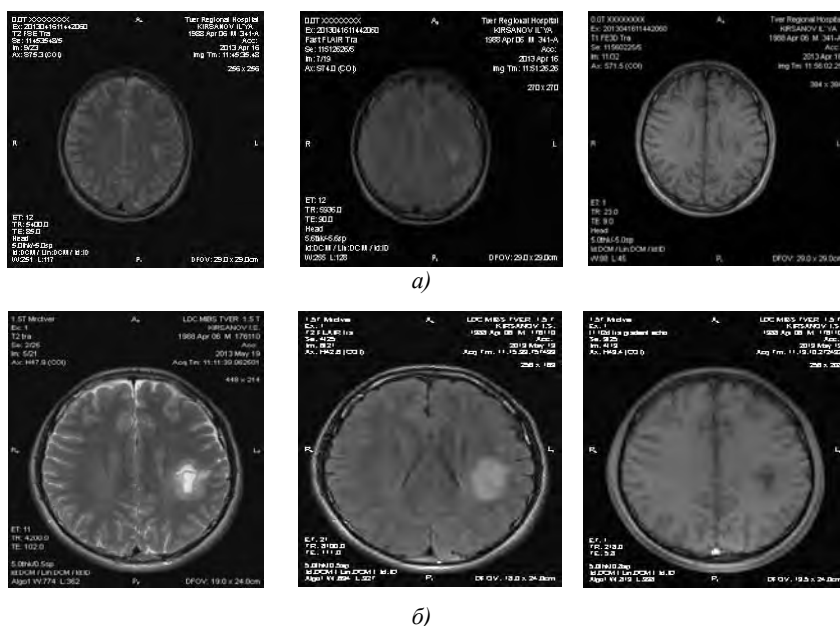


Рис. 1. МРТ головного мозга в дебюте (а) и через месяц после дебюта (б) заболевания (описание в тексте)

5 мая 2015 года утром при пробуждении отметил слабость в правых конечностях, дезориентацию в пространстве, трудность понимания обращенной речи. МРТ головного мозга (1,5 Т), выявила прежние кистозно-глиозные изменения в левой теменной доле без существенной динамики по сравнению с 2014 г. Госпитализирован в неврологическое отделение городской больницы. В неврологическом статусе: уровень сознания на уровне оглушения, сенсо-моторная афазия, легкая слабость мимических мышц справа, правосторонний гемипарез 4 балла. За время нахождения в стационаре отмечена отрицательная динамика в виде угнетения сознания до уровня комы I, серии генерализованных тонико-клонических приступов, появление менингеального синдрома, пациент переведен на ИВЛ. Исследование спинномозговой жидкости (СМЖ): цитоз 3 клетки в 1 мкл, белок 0,3 г/л. Выполнено МСКТ головного мозга: дегенеративные изменения в левой гемисфере. В связи с отрицательной динамикой 8 мая переведен в областную больницу, где также улучшения состояния и неврологического статуса не отмечено. Регистрировались подъемы температуры тела до 39°C, в СМЖ отмечался плеоцитоз до 100 клеток в 1 мкл (лимфоциты). При МСКТ головного мозга выявлены воспалительные изменения в левой височно-теменной доле с признаками отека. Пациенту выставлен диагноз: острый серозный менингоэнцефалит. Проводилось лечение: иммуномодулирующая терапия (интратект), пульс-терапия метипредом (суммарная доза 1,5 г), антибиотикотерапия (цефтриаксон, пefлоксацин, меропенем, клацид), противовирусная (виролекс), нейропротективная и противозипептическая терапия.

В связи с отсутствием положительной динамики на фоне проводимой терапии 29 мая 2015 года пациент переведен в ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России в крайне тяжелом состоянии, дыхание самостоятельное через трахеостому, питание через назогастральный зонд. В неврологическом статусе: уровень сознания соответствовал вегетативному состоянию, сохранен цикл сон-бодрствование, глаза открыты, взор не фиксировал, продуктивному контакту недоступен, на болевые раздражители реагировал, мышечный тонус в конечностях диффузно снижен, тетраплегия, глубокие рефлексы низкие, патологические кистевые рефлексy и симптом Бабинского с двух сторон, менингеальные симптомы отрицательные, эпилептических приступов не отмечалось. Выполнено МРТ головного мозга с контрастом (1,5 Т) (рис. 2, а): в лобной, теменной и частично височной долях справа выявлена обширная диффузная зона изменения МР-сигнала неоднородной структуры, характеризующаяся преимущественно незначительно пониженным МР-сигналом на T1 ВИ и повышенным на T2 ВИ и тяжело-взвешенных T2 ВИ

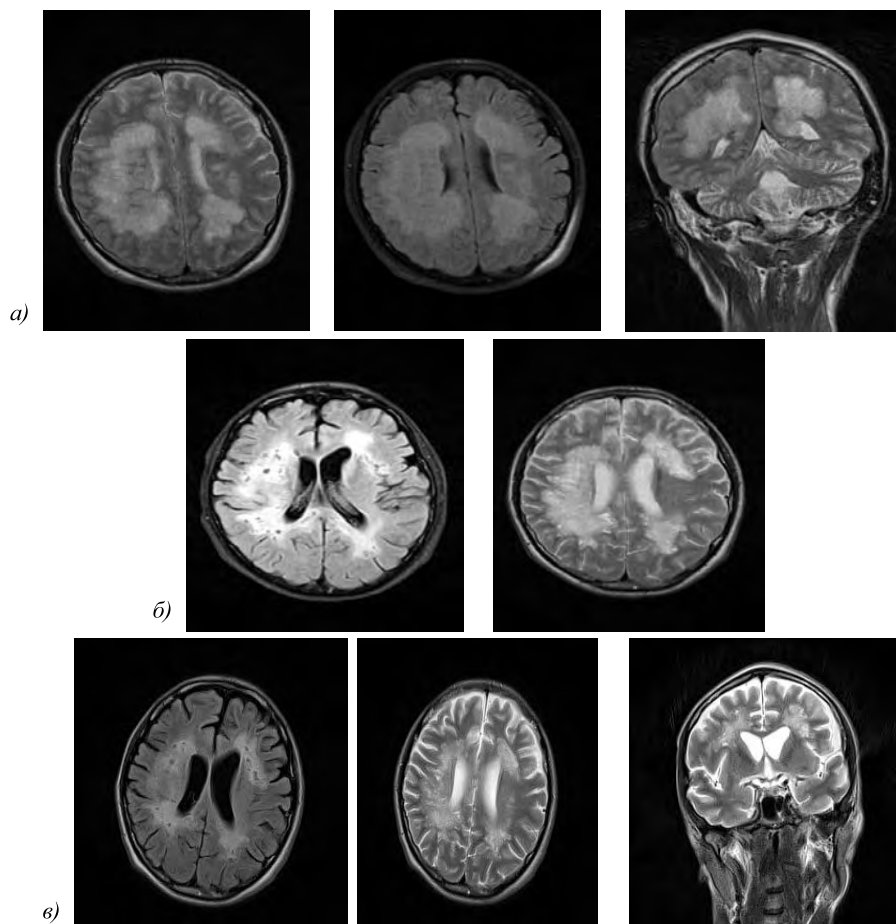


Рис. 2. МРТ головного мозга при поступлении в ФГБУ ВЦЭРМ (а), на фоне проведенной терапии (б) и при выписке (в) (описание в тексте)

(firm), гетерогенно накапливающая контрастное вещество, с наибольшими размерами 9,1x4,8x6,1 см; аналогичные участки изменения сигнала выявлялись супра- и паравентрикулярно левому боковому желудочку, валике мозолистого тела, обоих таламусах (больше слева), а также в передних отделах скорлупы слева и правой височной доле, размерами от 0,6 до 5,2 см. При МРТ шейного отдела спинного мозга патологии не выявлено.

Лабораторная диагностика. СМЖ: бесцветная, прозрачная, белок 0,15 г/л, цитоз $5,6 \cdot 10^6$ /л (лимфоциты). Посев ликвора на питательную среду роста не дал. ПЦР СМЖ и крови на вирус простого герпеса I/II типов, цитомегаловирус, вирус герпеса VI типа – без патологии. Выявлены IgG к вирусу Эпштейна-Барр с одинаковым соотношением антител к ранним и поздним белкам. Выполнено комплексное исследование клещевых инфекций в ликворе – отрицательно. Антитела (IgG, IgM) к гельминтам, токсоплазме – отрицательно. Фенотипирование хронических мило- и лимфопролиферативных заболеваний в крови и СМЖ – отрицательно. Антитела к фосфолипидам не выявлены. Антиядерные антитела в норме. Исключены вирусные гепатиты, ВИЧ, туберкулезная инфекция. Выполнена комплексная диагностика рассеянного склероза: свободные каппа-цепи иммуноглобулинов в СМЖ 0,205 мкг/мл (N 0-0,5 мкг/мл), свободные лямбда-цепи иммуноглобулинов в СМЖ 0,34 мкг/мл (N 0-0,1 мкг/мл); определен олигоклональный тип синтеза IgG в ликворе и поликлональный IgG в сыворотке крови (2 тип синтеза).

На основании проведенного исследования пациенту выставлен диагноз: Рецидивирующий острый мультифазный рассеянный энцефалит.

Проведено лечение: 5 сеансов плазмафереза и 3 – каскадной плазмафильтрации, пульс-терапия солюмедролом в суммарной дозе 7 г, нейропротективная терапия, антикоагулянты, электролиты. Через два месяца по результатам МРТ достигнута положительная динамика в виде исчезновения активности процесса с уменьшением размеров зон патологического сигнала и купирования отека в обоих полушариях головного мозга. Выявлены множественные формирующиеся на месте активных очагов участки кистозно-глиозных изменений; расширение III-го желудочка до 1,0 см (ранее – 0,4 см) и асимметричное расширение боковых желудочков, S>D (ширина на уровне тел 1,6 см, ранее – 0,9 см) (рис. 2, б).

29.07.2015 пациент переведен в отделение реабилитации, где находился в течение двух месяцев. Достигнута положительная динамика в виде восстановления ясного сознания, пациент начал активно общаться с окружающими. Удалена трахеостома, налажено самостоятельное питание с докармливанием через гастростому. Регрессировала тетраплегия, в правой руке парез 4 балла, в левой – 3, в ногах – 1. Проводилась активная вертикализация пациента. Перед выпиской из стационара повторно выполнено МРТ головного мозга (рис. 2, в), отмечено умеренное уменьшение размеров зон патологического сигнала в обоих полушариях головного мозга (уменьшение кистозных участков и зон отека между ними).

Обсуждение. Специфических критериев для диагностики ОРЭМ не существует. Однако подробное изучение анамнеза заболевания, всестороннее исследование СМЖ, повторная нейровизуализация, позволили диагностировать данное заболевание. Ключевыми моментами в диагностическом поиске явились инфекционный анамнез, наличие мультифокального поражения головного мозга (белого и серого вещества) при МРТ (очаги поражения накапливали контрастное вещество), плеоцитоз (от легкого до умеренного) в СМЖ, нормальный или незначительно повышенный уровень белка, нормальный уровень глюкозы. Подтверждением диагноза является постепенный регресс очагов повреждения головного мозга и отсутствие новых по результатам МРТ через 6 месяцев. Дифференциальная диагностика должна проводиться с РС и оптикомиелитом. Несмотря на то, что наличие олигоклонального типа синтеза IgG в СМЖ характерно для РС, подобные изменения встречаются и при ОРЭМ, от 0 до 29% случаев по данным различных авторов [2, 3], поэтому нельзя основываться только на определении типа синтеза IgG. В представленном наблюдении дебют заболевания был интерпретирован как острое нарушение мозгового кровообращения. Рецидив заболевания произошел спустя два года, вероятно на фоне перенесенной бактериальной инфекции. Прием пациентом Левамизола в дебюте заболевания, который, помимо антигельминтного, обладает иммуномодулирующим действием, мог усугубить течение болезни. Частота рецидивирования ОРЭМ варьирует от 5,5 до 21% [4, 5]. Согласно критериям Международной экспертной группы [2], если обострение процесса происходит в течение четырех недель после успешно проведенного купирования кортикостероидами дебюта заболевания, или в течение трех месяцев без проведения такой терапии, данное событие рассматривается как продолжение того же воспалительного эпизода и не может быть расценено как истинный рецидив ОРЭМ (ОРЭ). Таким образом, с учетом значительного промежутка времени между атаками данное наблюдение следует рассматривать именно как пример мультифазного течения ОРЭ.

Литература

1. Javed, A. Acute disseminated encephalomyelitis / A. Javed, O. Khan // Handbook of Clinical Neurology. – 2014 – Vol. 123 (3rd series). – P. 705-717.
2. Tenenbaum, S. Acute disseminated encephalomyelitis / S. Tenenbaum, T. Chitnis, J. Ness [et al.] // Neurology. – 2007. – Vol. 68, Suppl. 2. – P. 23-36.
3. Pohl, D. CSF characteristics in early-onset multiple sclerosis / D. Pohl, K. Rostasy, H. Reiber [et al.] // Neurology. – 2004. – Vol. 63. – P. 1966-1967.
4. Hung, K.L. The spectrum of postinfectious encephalomyelitis / K.L. Hung KL, H.T. Liao, M.L. Tsai // Brain Dev. – 2001. – Vol. 23. – P. 42-45.
5. Leake, J.A. Acute disseminated encephalomyelitis in childhood: epidemiologic, clinical and laboratory features / J.A. Leake, S. Albani, A.S. Kao [et al.] // Pediatr. Infect. Dis. – 2004. – Vol. 23. – P. 756-764.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ГЕНДЕРА

Красильникова Ю.А.

Пермский ГМУ им. Е.А. Вагнера, г. Пермь

Рассеянный склероз известен отличительными клиническими особенностями у мужчин и женщин, в частности неравенством соотношения полов с преобладанием женщин в 1,5-2 раза [4] и более тяжелым течением заболевания у мужчин [5-7]. Однако на сегодняшний день роль пола в развитии данного заболевания остается недостаточно изученной.

В клинической практике обращают на себя внимание особенности личности пациентов с рассеянным склерозом с преобладанием женственных черт и у женщин, и у мужчин. Не менее значимы и личностные изменения, происходящие под влиянием заболевания: укоренение фемининного начала и уменьшение выраженности маскулинности. Поскольку рассеянный склероз является неизлечимым и инвалидизирующим заболеванием, чаще поражающим молодых людей, не только биологические, но и социально-психологические аспекты заболевания, актуальны для рассмотрения [1, 3].

Целью данной работы стало изучение психологического пола, или гендера, у пациентов с рассеянным склерозом и его влияния на заболевание, приверженность и переносимость иммуномодулирующей терапии.

В исследовании приняли участие 58 пациентов с рассеянным склерозом, получающих иммуномодулирующую терапию, в возрасте 18 – 56 лет (средний возраст 32,5; 26,0-41,0): 30 женщин и 28 мужчин. Длительность заболевания в среднем составила 6,0 (2,5; 12,5) лет, возраст в дебюте болезни – 22,0 (19,0; 31,0) лет. Диагноз рассеянного склероза у всех пациентов соответствует критериям Мак Дональда в редакции от 2010 г.

Статистическая обработка данных осуществлялась в программе STATISTICA 6.1.

Для определения гендера был использован полоролевой опросник Сандры Бэм с дальнейшим вычислением индекса Сандры Бэм (ИСБ) и распределением пациентов на группы в зависимости от преобладания черт характера, более свойственных женщинам или мужчинам [2]. В данном исследовании произведена модификация групп, получаемых после вычисления ИСБ: андрогинный и недифференцированный типы вошли в одну группу, названную в дальнейшем промежуточным типом. Фемининный и маскулинный типы остались без изменений.

В структуре гендера у пациентов с рассеянным склерозом фемининный тип составил 43,1%, промежуточный тип с практически равным соотношением мужских и женских черт – 51,7%, маскулинный тип – 5,2%. Среди больных женского пола доля фемининного типа была 46,7%, промежуточного – 46,7%, маскулинного – 6,7%; у пациентов мужского пола – 39,3%, 57,1%, 3,6% соответственно.

Также были рассмотрены некоторые клинические аспекты рассеянного склероза. Посредством шкалы EDSS оценена степень инвалидизации. Среднее значение EDSS было 4,0 (2,5-4,0). У фемининных пациентов данный показатель составил 4,0 (3,5-4,0), у маскулинных – 2,0 (2,0-2,5), у больных с промежуточным типом гендера – 3,5 (2,5-4,0).

Побочные эффекты от терапии ПИТРС были выявлены у 36 пациентов: у 20 человек – гриппоподобный синдром, у 20 – реакции в месте инъекций; у 3 – ухудшение настроения; у 3 – приливы крови к лицу; у 2 – учащенное сердцебиение; у 1 – тревога и страх; у 1 – затруднение дыхания; ни один пациент не отметил чувство стянутости в грудной клетке, судороги, сыпь.

Пропуск препарата за время лечения иммуномодуляторами отмечали 31 человек: среди фемининных пациентов – 52%, среди маскулинных – 100%, среди больных с промежуточным типом гендера – 50%.

Корреляционный анализ балла по шкале EDSS и индекса Сандры Бэм показал прямую зависимость между выраженностью фемининности и степенью инвалидизации пациентов ($R=0,35$, $p=0,006$).

При сравнении среднего возраста дебюта у пациентов с рассеянным склерозом было установлено достоверно более раннее начало заболевания у фемининных пациентов (21,0; 19,0-23,0), чем у больных, обладавших промежуточным гендерным типом (24,5; 21,0-36,0, $p^{M-W}=0,024$).

Сравнительный анализ ИСБ в зависимости от давности дебюта заболевания показал значимое повышение числа фемининных черт в индивидуальном гендерном типе у пациентов с длительностью заболевания 10 и более лет (0,755; 0,232-0,929) в отличие от больных менее 10 лет (0,176; -0,230-0,930, $p^{M-W}=0,037$, $p^{K-S}<0,05$).

Сопоставление частоты встречаемости побочных эффектов ПИТРС у фемининного типа пациентов по сравнению с остальными гендерными типами выявило достоверное преобладание числа случаев с наличием побочных эффектов от иммуномодулирующей терапии у фемининных больных (χ^2 : 4,35; $p=0,037$).

Полученные результаты свидетельствуют о наличии взаимосвязи между гендером пациентов с рассеянным склерозом и клиническими особенностями заболевания, переносимостью терапии ПИТРС и приверженностью ей. В структуре гендера у пациентов с рассеянным склерозом практически половину всех опрошенных составляют фемининные пациенты, оставшуюся половину – больные с промежуточным гендерным типом и редкими являются случаи маскулинности пациентов. С увеличением продолжительности заболевания и усилением выраженности инвалидизации ассоциируется феминизация больных. Фемининный тип гендера является фактором риска более раннего дебюта заболевания и появления побочных эффектов от иммуномодулирующей терапии, а маскулинный тип характеризуется низкой приверженностью терапии ПИТРС.

Таким образом, гендерное исследование пациентов с рассеянным склерозом показало важность учета влияния психологического пола на заболевание и необходимость дальнейшего изучения проблемы рассеянного склероза с позиций гендерной медицины.

Литература

1. Акинцева, Ю.В. Влияние синдрома усталости на качество жизни больных рассеянным склерозом / Ю.В. Акинцева, Т.Н. Трушникова, Т.В. Байдина // Невролог. вестн. им. В.М. Бехтерева. – 2010. – Т. XLII, № 1. – С. 132.
2. Данилов, А.Б. Роль пола и гендера при мигрени и головной боли напряжения: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Данилов А.Б. – М., 2007. – 31 с.
3. Трушникова, Т.Н. Тревожно-депрессивные расстройства и серотонин периферической крови у больных рассеянным склерозом при лечении бетафероном / Т.Н. Трушникова, Т.В. Байдина // Бюл. сибирской медицины. – 2008. – Т. 7, №5-2. – С. 424-427.
4. Шмидт, Т.Е. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 272 с.
5. Bove, R. Sexual disparities in the incidence and course of MS / R. Bove, T. Chitnis // Clin. Immunol. – 2013. – Vol. 149. – P. 201-210.
6. Greer, J.M. Role of gender in multiple sclerosis: clinical effects and potential molecular mechanisms / J.M. Greer, P.A. McCombe // J. Neuroimmunology. – 2011. – Vol. 243. – P. 7-18.
7. Tomassini, V. Sex hormones, brain damage and clinical course of multiple sclerosis / V. Tomassini, C. Pozzilli // J. Neurolog. Sci. – 2009. – Vol. 286. – P. 35-39.

КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА

Кузнецова Е.Б.

Сар ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Введение: Разнонаправленность изменений функции щитовидной железы (ЩЖ) при ее патологии приводит к многочисленным проявлениям поражения нервной системы (НС) [1-5].

В доступной литературе вопрос полиморфизма клинической картины поражений НС в зависимости от типа и тяжести течения патологии ЩЖ исследователями в достаточной мере не освещен. Между тем, в современной диагностике стала актуальной оценка выраженности поражения ЦНС по состоянию когнитивных способностей и эмоционального статуса, которые у пациентов с патологией ЩЖ изучены недостаточно. Не исключено, что данные нарушения могут стать своеобразными маркерами раннего выявления поражения НС у больных с патологией ЩЖ.

Цель исследования: выявить особенности когнитивного статуса у больных с патологией ЩЖ в рамках диагностики и коррекции неврологических осложнений у данной категории пациентов.

Материалы и методы: В исследование было включено 123 человека с патологией ЩЖ. Эти пациенты составили основную группу (ОГ). Критериями включения в исследование являлись: возраст от 20 до 50 лет, наличие патологии ЩЖ (диффузный токсический зоб (ДТЗ), первичный гипотиреоз (ПГТ)), подписанное информированное согласие.

В исследование не включались больные с другими эндокринными заболеваниями; с тяжелой соматической патологией, приводящей к нарушению функции органов и систем; с любой патологией ЦНС в анамнезе (травма головного мозга, сосудистые и воспалительные заболевания ЦНС, эпилепсия и др.). Критериями исключения также являлись беременность и кормление грудью.

Средний возраст пациентов составил $32,6 \pm 9,2$ года, средняя продолжительность заболевания – $3,7 \pm 1,7$ лет. Большую часть пациентов составили женщины – 90,1%.

В группу сравнения (ГС) вошли 43 человека с хронической ишемией головного мозга (ХИМ) 1-2 стадий в возрасте от 38 до 50 лет (средний возраст – $46,2 \pm 2,7$).

В рамках данного исследования всем пациентам проводилась подробная оценка неврологического и нейропсихологического статуса. Нами использовались следующие опросники: психиатрическая шкала оценки депрессии Гамильтона, шкала оценки уровня тревожности Спилбергера и Ханина, мини-тест оценки психического состояния (MMSE), набор тестов Исаака по речевой активности (IST), 8-строчная версия теста оценки Зазоо (ZCT). Статистическая и математическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты обработаны с применением непараметрического критерия Манна-Уитни, парного критерия Уилкоксона. Данные представлены в виде $M \pm m$. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Полученные данные нейропсихологического обследования пациентов с патологией ЩЖ представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты нейропсихологического обследования у пациентов ОГ и ГС

Опросник (баллы)	ОГ n=123	ГС n=43	Норма
Шкала депрессии (баллы)	$14,2 \pm 5,4^*$	$16,9 \pm 3,1^*$	до 7
Ситуативная тревожность (баллы)	$46,1 \pm 12,3^{*\wedge}$	$22,9 \pm 10,8^*$	до 30
Личностная тревожность (баллы)	$42,6 \pm 9,3^{*\wedge}$	$30,5 \pm 5,9^*$	до 30
MMSE (баллы)	$28,8 \pm 1,3$	$25,5 \pm 1,7^*$	30
IST (баллы)	$37,0 \pm 1,2^\wedge$	$33,2 \pm 2,4^*$	40
ZCT (сек.)	$45,3 \pm 3,8^{*\wedge}$	$67,8 \pm 12,4^*$	-
ZCT ошибки (абс.)	$10,3 \pm 2,8^{*\wedge}$	$5,9 \pm 1,6^*$	0

Примечания: * – показатель достоверно отличается от нормы ($p < 0,5$); \wedge – показатель достоверно отличается от результатов ГС ($p < 0,5$).

Можно отметить, что у пациентов с патологией ЩЖ страдает в первую очередь эмоциональная сфера, причем выявляется высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности, уровень депрессии также повышен. У пациентов с ХИМ преобладают депрессивные нарушения.

В процессе проведения скрининг-оценки умственного состояния нами было обнаружено, что пациенты с патологией ЩЖ показывают результаты, которые достоверно неотличимы от нормы, тогда как больные с ХИМ плохо справляются с данным тестом и зачастую дают результат, соответствующий «умеренным когнитивным нарушениям». Вербальная активность у больных с патологией ЩЖ также достоверно неотличима от нормы, тогда как пациенты с ХИМ демонстрируют довольно низкие показатели, значимо отличающиеся от ОГ. В рамках нейропсихологического обследования нами проводился тест ZCT, который заключается в том, что больному необходимо найти и зачеркнуть среди множества символов только один вариант, при этом определяется время выполнения

задания и количество ошибок (символов, зачеркнутых неправильно). Больные с патологией ЩЖ при проведении тестирования раздражались, путались, некоторые начинали сначала. Полученный результат по скорости достоверно отличался от нормы в худшую сторону, но при этом был достоверно лучше, чем в у пациентов с ХИМ. Количество ошибок в ОГ было максимальным, что говорит о снижении скорости психических реакций и нарушении концентрации внимания, которые развиваются даже на ранних стадиях патологий ЩЖ.

Обсуждение. В результате проведенного обследования нам удалось установить, что даже при отсутствии субъективных ощущений на ранних стадиях болезней ЩЖ, таких как ДТЗ и ПГТ, происходит негативное влияние на структуры ЦНС, что подтверждено данными объективного статуса пациентов. Особенностью неврологического статуса больных с патологией ЩЖ является преобладание на ранних этапах функциональных, обратимых нарушений, что еще раз подтверждает необходимость обследования и лечения у невролога даже пациентов, не предъявляющих соответствующих жалоб.

Ядром нашего исследования было изучение когнитивного статуса у больных с патологией ЩЖ. Нам удалось установить, что у пациентов даже с небольшим стажем заболевания ЩЖ отмечаются негативные изменения в эмоциональной и когнитивной сферах (раздражительность, невнимательность, тревожно-депрессивный синдром).

Заключение. В результате анализа полученных данных мы сформулировали следующие выводы:

1. Как повышение, так и понижение уровня тиреодных гормонов приводит к негативному воздействию на структуры ЦНС;
2. Объективные патологические изменения в нейропсихологическом и неврологическом статусах обнаруживаются даже у больных, не предъявляющих жалоб;
3. Для пациентов с патологией ЩЖ характерно раннее появление астено-невротического и цефалгического синдромов, а также высокий уровень тревожности и нарушения внимания;
4. Больные с патологией ЩЖ, независимо от стажа заболевания и характера тиреодных нарушений, должны быть проконсультированы неврологом на предмет своевременного выявления неврологических осложнений и назначения терапии для их коррекции.

Литература

1. Ширманова, Е.В. Неврологические аспекты диффузного токсического зоба / Е.В. Ширманова, Н.Н. Спирин, Ю.К. Александров // Рос. науч. Конф. с международным участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии»: Сб. материалов в двух томах. – Курск, 2006. – Т. II. – С. 476-479.
2. Никанорова, Т.Ю. Состояние нервной системы при дисфункции щитовидной железы / Т.Ю. Никанорова, Е.В. Ширманова, Н.Н. Спирин и др. // 4-я Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы эндокринологии»: Тез. докл. – Пермь, 2002. – С. 131.
3. Калинин, А.П. Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях / А.П. Калинин, В.М. Котов. – М.: Медицина, 2001. – С. 155-168.
4. Пироева, К.Э. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях / К.Э. Пироева, М.Х. Тамкаева. – М.: Медицина, 2004. – С. 42-51.
5. Shah, M.S. The thyroid during pregnancy: a physiological and pathological stress test / M.S. Shah, T.F. Davies, A. Stagnaro-Green // *Minerva Endocrinol.* – 2003. – Vol. 28, N3. – P. 233-245.
6. Lazarus, J.H. Thyroid dysfunction / J.H. Lazarus // *Semin. Reprod. Med.* – 2002. – Vol. 20, N4. – P. 381-388.

ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Литвинцев Б.С., Янишевский С.Н., Ефимцев А.Ю., Петров А.Д.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Наркомания является одной из основных причин развития нетрудоспособности и высокой смертности в молодом возрасте, которые, как правило, обусловлены соматоневрологическими осложнениями в результате острого или хронического отравления психоактивными веществами (ПАВ) [1]. Употребление ПАВ способствует развитию когнитивных нарушений, паркинсонизма, мышечной дистонии, инсультов, эпилепсии, патологии спинного мозга, вегетативных расстройств и поражению периферической нервной системы [2, 7].

Наркомания является наиболее частой причиной развития инсультов в молодом возрасте [10]. В то же время, сравнительно давно стало известно, что характер инсульта и причины его развития не всегда зависят от вида употребляемого наркотика [3]. Потенциальными причинами возникновения острой сосудистой патологии на фоне наркотизации являются аритмии, кровоизлияния из нераспознанной сосудистой мальформации, повышение агрегации тромбоцитов, эмболия, васкулит, вазоспазм и ассоциированная инфекция [4]. В половине случаев инсульты у наркозависимых лиц связаны с употреблением кокаина, фенамина и героина, причем кокаин способен вызывать не только геморрагические, но и ишемические инсульты и часто сочетается с сердечной аритмией и инфарктом миокарда [8]. Описаны случаи развития ишемических инсультов у потребителей как природных, так и синтетических каннабиноидов, при которых могут поражаться различные участки головного мозга [5]. Е.Н. Kaplan et al. (2014) сравнили характер развившегося инсульта у потребителей наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ), алкоголя и табака на фоне артериальной гипертензии и установили, что на фоне курения табака чаще развиваются ишемические подкорковые повреждения, а на фоне употребления НСПВ – геморрагические. Достоверно известно, что около 50% случаев инсультов, развившихся в результате употребления кокаина, представляют собой субарахноидальное или внутримозговое кровоизлияния в результате разрыва аневризм, пороков развития артерий, опухоли и др. Однако Mody C.K. et al. (1988) в течение 24 месяцев наблюдавшие за 14 пациентами с сосудистыми неврологическими заболеваниями, связанными с употреблением кокаина, не обнаружили других причин, послуживших поводом к развитию острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), в связи с чем предположили, что в основе развития инсультов лежит само действие кокаина. Также известно, что регулярное внутривенное использование психостимуляторов значительно повышает риск развития внутримозгового кровоизлияния. При употреблении амфетаминов инсульт развивается в связи с выраженной гипертензией и вазоспазмом из-за симпатомиметических свойств препарата.

Цель исследования: Установить наиболее вероятные причины развития острой сосудистой патологии головного мозга у обследованных потребителей психоактивных веществ и оценить особенности ишемического повреждения головного мозга при героиновой наркомании.

Материалы и методы: Под динамическим наблюдением находилось 235 наркозависимых лиц. В работе использованы результаты осмотра 95 потребителей ПАВ, прошедших расширенное комплексное обследование, включающее применение магнитно-резонансной томографии (МРТ). Средний возраст обследованных составил 32,5±5,2 лет (от 18 до 44 лет). Все пациенты находились на лечении в Городской наркологической больнице Санкт-Петербурга, а также в клиниках психиатрии и нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Основными критериями включения пациентов в когорту были пройденный этап лечения синдрома отмены и отсутствие признаков абстинентного синдрома. Традиционная МРТ головного мозга была выполнена 95 пациентам, участвовавшим в исследовании на магнитно-резонансном томографе «Toshiba Vantage Titan» с силой индукции магнитного поля 1,5 Тл.

Результаты и их обсуждение: Сопутствующая зависимости патология, не связанная с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, встречалась у 54 (56,8%) потребителей ПАВ. В основном, она была представлена перенесенными тромбозами, длительно незаживающими трофическими язвами на ногах, онихомикозом, кардиологическими, стоматологическими и онкологическими заболеваниями. В ходе статистической оценки значимости влияния ПАВ на сопутствующие заболевания оказалось, что с достоверной разницей они чаще встречались у потребителей опия, метадона, каннабиноидов, кокаина, «экстази» и «бутирата» ($p < 0,05$).

При выполнении МРТ головного мозга наркозависимым изменения были выявлены у 62 обследованных пациентов (65,3%) (Таблица 1).

Таблица 1 Общая частота встречаемости МРТ-проявлений у потребителей ПАВ (n=95)

МРТ-проявления	n	%
Расширение субарахноидальных пространств	30	31,6
Расширенные периваскулярные пространства	39	41,1
Дисциркуляторные очаги	15	15,8
Ишемический инсульт	3	3,2
Отложения марганца в базальных ганглиях	2	2,1

Асимметрия боковых желудочков	13	13,7
Последствия стереотаксических операций	2	2,1

Как видно из результатов, представленных в Таблице 1 МР-данные за наличие признаков ОНМК были получены всего лишь у 3 из 95 пациентов с наркоманией в анамнезе (рис. 1, 2), представляя собой довольно низкий показатель для ожидаемых МР-проявлений энцефалопатии наркозависимых.

Очаги ишемического повреждения вещества головного мозга наблюдались только у потребителей героина. У двоих больных наркоманией без ВИЧ-инфекции в анамнезе инсульт развился в период наркотизации, у одного ВИЧ-инфицированного пациента – через 3 месяца после воздержания от употребления ПАВ. Неврологический дефицит во всех трех случаях был крайне незначительным, что соответствует известной теории быстрого восстановления функций после перенесенного инсульта у больных молодого возраста.

В процессе изучения неврологических расстройств у потребителей ПАВ нам неоднократно приходилось сталкиваться с ОНМК по ишемическому типу у лиц молодого возраста, которые не являлись наркозависимыми, но в то же время имели опыт эпизодического или даже однократного употребления неинъекционных наркотиков, таких как «спайс», «экстази», фенамин и другие психостимуляторы (рис. 3).

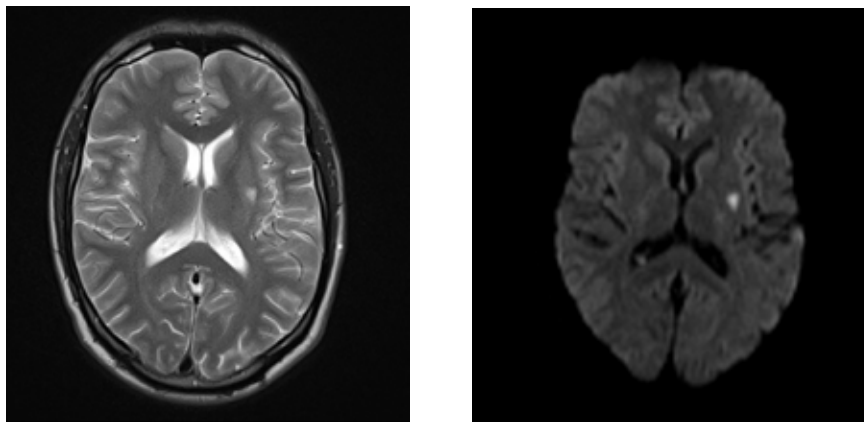


Рис. 1. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. МРТ головного мозга. Больной Ф., 32 лет. В анамнезе – героиновая зависимость, ВИЧ-инфекция, гепатит С. А – T2-взвешенное изображение, аксиальная плоскость; Б – диффузионно-взвешенное изображение с фактором взвешенности $b=1000$. Зона повышения интенсивности МР-сигнала в задних отделах скорлупы слева, острый период ишемического инсульта

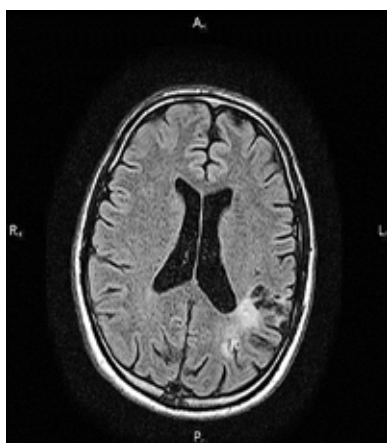


Рис. 2. Последствия острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. МРТ головного мозга. Аксиальная плоскость.

Больной Р., 29 лет, длительность наркотизации опиоидами – 10 лет, ВИЧ-инфекция не выявлена. У пациента наблюдалась легкая амнестическая афазия, соответствующая зоне анатомического повреждения головного мозга

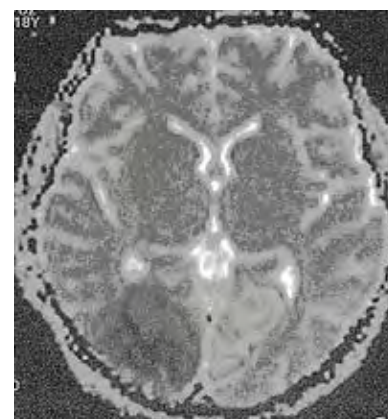


Рис. 3. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой задней мозговой артерии. МРТ головного мозга. Аксиальная плоскость. Больной И., 19 лет. В анамнезе – употребление экстази. Карта измеряемого коэффициента диффузии. Измеряемый коэффициент диффузии снижен в зоне патологических изменений.

Пациент не был включен в исследование в связи с отсутствием признаков наркотической зависимости

За время наблюдения пациентам с выявленным ОНМК были проведены исследования (анализы крови и мочи, мультиспиральная КТ-ангиография, МРТ головного мозга, дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга, ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы, ЭКГ, Эхо-КГ), не указавшие на явные причины, способствовавшие развитию инсульта. Таким образом, предсказуемые факторы развития ОНМК были исключены. Кроме того, локализация очагов ишемии во всех случаях оказалась разной, что отражает отсутствие специфики зон ишемизации мозга у наркозависимых.

Заключение. Учитывая ранее доказанные факты о высоком риске развития инсульта у наркопотребителей, а также результаты собственных исследований можно только предполагать, что нарушение нейромедиации может быть одной из ведущих причин ОНМК, однако тогда остается неясным причина развития церебральной патологии у больного Ф., 32 лет, с подтвержденной ремиссией более 3 месяцев. Но несмотря на то, что прямая связь между употреблением героина и возникновением ишемического инсульта в проведенном исследовании не установлена, полностью исключить роль хронического отравления психоактивными веществами как дополнительного предрасполагающего фактора для развития острой сосудистой патологии головного мозга у наркозависимых в настоящее время не представляется возможным.

Литература

1. Никифоров, И.А. Соматоневрологические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами / И.А. Никифоров // Журн. неврол. и психиатр. – 2006. – Т. 106, №8. – С. 65-73.
2. Сиволап, Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: ООО «Издательство «Медицина», 2005. – 304 с.
3. Daras, M. Central nervous system infarction related to cocaine abuse / M. Daras, A.J. Tuchman, S. Marks // Stroke. – Vol. 22, N 10. – P. 1320-1325.
4. Esse, K. Epidemic of illicit drug use, mechanisms of action/addiction and stroke as a health hazard / K. Esse, M. Fossati-Bellani, A. Traylor, S. Martin-Shild // Brain and Behavior. – 2011. – Vol. 1, N1. – P. 44-45.
5. Freeman, W.D. Ischemic stroke after use synthetic marijuana “spice” / W.D. Freeman, I.K. Louh // Neurology. – 2014. – Vol. 83, N8. – P. 772-773.
6. Kaplan, E.H. The association between specific substance of abuse and subcortical intracerebral hemorrhage versus lacunar infarction / E.H. Kaplan, R.F. Gottesman, R.H. Llinas, E.B. Marsh // Front. Neurol. – 2014. – Vol. 5. – P. 174.
7. Kim, Y. Toxic encephalopathy / Y. Kim, J.W. Kim // Safety and Health at Work. – 2012. – Vol. 3, N4. – P. 243-256.
8. Middleton, P.M. Cerebrovascular effects of cocaine / P.M. Middleton // The Internet Journal of Emergency Medicine. – 2003. – Vol. 2, N1. – URL: <http://ispub.com/IJEM/2/1/7862>.
9. Mody, C.K. Neurologic complications of cocaine abuse / C.K. Mody, B.L. Miller, H.B. McIntare [et al.] // Neurology. – 1988. – Vol. 38, N8. – P. 1189-1193.
10. Rosa, F.R. Trends in substance abuse preceding stroke among young adults: a population-based study / F.R. Rosa, D.O. Klindorfer, J. Khoury [et al.] // Stroke. – 2012. – Vol. 43, N12. – P. 3179-3183.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АВ-42 АМИЛОИДНОГО БЕЛКА И ТАУ-ПРОТЕИНА В ЛИКВОРЕ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТОЙ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНОЙ ДЕМЕНЦИИ

Лобзин В.Ю., Одинак М.М., Емелин А.Ю., Воробьев С.В., Алексеева Л.А., Монахова Н.Е.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Среди основных причин когнитивных нарушений наиболее важное место занимают болезнь Альцгеймера (БА) и сосудистая деменция (СоД). Большинство исследований касаются каждой из этих нозологических форм в отдельности, но, вместе с этим, растет доказательность того, что и у пациентов с БА, и у пациентов с СоД обнаруживаются как нейродегенеративные, так и сосудистые изменения [1]. Такое сосуществование двух нозологических единиц принято определять как смешанную сосудисто-нейродегенеративную деменцию (СмД). Наиболее значимые перспективы для терапии интеллектуально-мнестических расстройств открываются при выявлении их на додементных стадиях [2, 3], для обозначения которых принято выделять амнестический и неамнестический (нейродинамический) вариант умеренных когнитивных нарушений (УКН) [4]. Амнестическая форма часто является начальным этапом БА, а неамнестические формы УКН чаще переходят в СоД [4, 5]. Нейровизуализационные исследования на стадии УКН свидетельствуют о том, что при амнестическом типе наблюдаются изменения, характерные для БА, а при неамнестическом варианте выявляются сосудистые изменения [6, 7].

На сегодняшний день большинство исследователей выделяют два основных направления в патогенезе заболевания: амилоидогенез и тау-патию. Образование амилоидных бляшек в глии из нерастворимых фрагментов Аβ-42 приводит к возникновению асептического воспаления в веществе мозга, а концентрация свободного Аβ-42 в ликворе при этом снижается. Тау-белок после перехода в неактивное дефосфорилированное состояние постепенно агрегируется с развитием нейрофибриллярных клубков, что сопровождается повышением его уровня в ликворе.

Материалы и методы: Всего обследованы 168 человек (94 мужчины и 54 женщины (средний возраст 62,0±9,8 лет) с когнитивными нарушениями нейродегенеративного и цереброваскулярного генеза и 20 лиц контрольной группы идентичного возраста без когнитивных расстройств). Были отобраны пациенты с 2 основными вариантами синдрома УКН: с амнестическим (УКНа) и с нейродинамическим (дизрегуляторным) (УКНнд), а также с СоД, БА и СмД. В исследуемые группы вошли: 32 пациента с УКНа, 28 – с УКНнд, 50 больных с БА, 15 – с СоД и 23 со СмД. Для нейропсихологической оценки применялись методики FCSRT (тест свободного и ассоциированного селективного распознавания), MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), FAB (батарея тестов для оценки лобной дисфункции), тест рисования часов, тест 10 слов, тест 5 слов, символично-цифровой тест, воспроизведение литеральных и категориальных ассоциаций, GMT (тест слежения), повторение цифр в прямом и обратном порядке, MoCA-тест (монреальский тест оценки когнитивных функций), CDR (клиническая рейтинговая шкала деменции), шкала деменции Маттиса. Все больные с УКН по шкале CDR имели балл 0,5. Группы пациентов с БА и СоД были сопоставлены по тяжести когнитивных нарушений.

Всем больным выполнялась люмбальная пункция с определением содержания уровня β-амилоида (Аβ-42) и тау-протеина. Исследование осуществлялось с применением планшетов на 96 проб, содержащих моноклональные антитела к 1-42 Аβ-амилоидному белку или к тау-белку человека (Инвитроген, США) при помощи иммуноферментного анализа (ELISA).

Результаты и их обсуждение: Для пациентов контрольной группы без когнитивных нарушений были характерны достаточно высокие концентрации амилоидного белка в ЦСЖ (694,3±61,0 пг/мл). Полученные значения были сопоставимы с литературными данными и превышали 500 пг/мл, что свидетельствовало об отсутствии активного нейродегенеративного процесса [8]. Содержание тау-белка у этой группы больных было низким и составило 91,8±46,0 пг/мл.

У больных с УКНа даже с минимально выраженным когнитивным дефицитом регистрировалось значимое снижение концентрации Аβ-42 – до 282,4±90,6 пг/мл и повышение уровня тау-протеина до 238,6±159,4 пг/мл. Такие результаты свидетельствуют о длительном времени персистирующем нейродегенеративном процессе с образованием внеклеточных агрегаций β-амилоида и деструктуризацией нейронов, содержащих нейрофибриллярные клубки. В то же время, у больных с УКНнд содержание Аβ-42 в ЦСЖ составило 685,3±171,1 пг/мл, а тау-протеина – 147,6±99,4 пг/мл. Полученные значения не отличались от контрольной группы.

В группе больных БА уровень β-амилоида был также значимо снижен – до 219,7±78,2 пг/мл, а тау-протеина – повышен до 677,6±444,0 пг/мл. При этом значения концентраций этих показателей достоверно отличались, в том числе и от группы больных с УКНа (p<0,01). Таким образом, по мере прогрессирования заболевания, отмечалось неуклонное повышение уровня тау-белка в ЦСЖ. Уменьшение содержания амилоидного белка в ликворе максимально стремится к уменьшению на стадии УКНа, а в последующем снижается гораздо медленнее. Выявленная закономерность совпадает с тем, что свидетельствует о прогрессивном отложении β-амилоида в виде бляшек на самой ранней стадии болезни, еще до появления развернутых симптомов деменции. В то же время, содержание тау-протеина оказалось зависимо от стадии болезни, а такая закономерность напоминала линейную. По мере трансформации УКН в деменцию концентрация тау-белка неуклонно повышалась.

При СоД концентрации Аβ-42 и тау-белка значимо отличались от предшествующей деменции стадии – УКНнд (p<0,01). Такие различия могли быть обусловлены присоединением сопутствующего нейродегенеративного процесса к цереброваскулярному повреждению при сосудистой деменции. Пациенты со СмД в

целом характеризовались наличием более тяжелой деменции ($CDR=2,04$), чем больные с БА ($CDR=1,58$) и с СоД ($CDR=1,38$). Вместе с этим, у обследованных этой группы значения β -амилоида были значительно ниже, чем у пациентов с СоД ($p<0,01$), а тау-протеина – выше ($p<0,01$). Такие результаты являются прогнозируемыми и отражают значение нейродегенеративного процесса в общей структуре СмД. Однако при сопоставлении с группой больных с БА значения концентраций исследуемых белков в ЦСЖ также значимо отличались: при СмД был существенно ниже уровень $A\beta$ -42 ($195,7\pm 105,5$ пг/мл; $p<0,05$) и выше – уровень тау-протеина ($1239,3\pm 1000,4$ пг/мл; $p<0,05$). Сопоставление уровней белков в ликворе и результатов оценки когнитивных функций показало, что уровень тау-белка в большинстве случаев коррелирует с тяжестью когнитивных нарушений [9].

Заключение: Таким образом, нейродегенерация, амилоидогенез и хроническая церебральная ишемия в значительной мере потенцируют друг друга и приводят к ускорению прогрессирования когнитивных нарушений. В патогенезе сосудистой деменции важное участие принимает системный процесс нейродегенерации, что подтверждается снижением концентрации $A\beta$ -42 и повышением тау-протеина в ЦСЖ. Такие сведения лежат вразрез с традиционным представлением о двух независимых друг от друга нозологических единицах – БА и СоД, подтверждая, тем не менее, предположения многих авторов о сочетанном генезе этих двух состояний, основанных, главным образом, на данных секционных исследований.

Ликворологическая оценка белков-маркеров амилоидоза и нейродегенерации позволяет осуществлять ранний диагностический поиск болезни Альцгеймера на ее продромальной стадии [10], что, безусловно, открывает широкие перспективы для раннего назначения специфической терапии. Помимо этого, оценка уровня β -амилоида и тау-протеина дает возможность дифференцировать первично нейродегенеративный процесс, сопровождающийся когнитивными нарушениями от других синдромосходных патологических состояний.

Литература

1. Емелин, А.Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни: дисс. ... докт. мед. наук.: 14.01.13 / Емелин Андрей Юрьевич. – СПб., 2010. – 413 с.
2. Парфенов, В.А. Когнитивные расстройства и их лечение у больных артериальной гипертензией / В.А. Парфенов, Ю.А. Старчина // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, №2. – С. 117-121.
3. Лобзин, В.Ю. Сосудистая деменция / В.Ю. Лобзин, М.М. Одинак, А.Ю. Емелин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2004. – №1 (11). – С. 120-124.
4. Rasquin, S.M. Predictive accuracy of MCI subtypes for Alzheimer's disease and vascular dementia in subjects with mild cognitive impairment: a 2-year follow-up study / S.M. Rasquin, J. Lodder, P.J. Visser [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2005. – Vol. 19, N2/3. – P. 113-119.
5. Nordlund, A. Two year outcome of MCI subtypes and aetiologies in the Goteborg MCI study / A. Nordlund, S. Rolstad, O. Klang [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2010. – Vol. 81, N5. – P. 541-546.
6. Одинак, М.М. Современные возможности нейровизуализации в дифференциальной диагностике когнитивных нарушений / М.М. Одинак, А.Ю. Емелин, В.Ю. Лобзин [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика: спецвыпуск «Когнитивные и другие нервно-психические расстройства». – 2012. – №2. – С. 51-55.
7. He, J. Differences of brain volume, hippocampal volume, cerebrovascular risk factors and APOE4 among MCI subtypes / J. He, S. Farias, O. Martinez [et al.] // Arch. Neurol. – 2009. – Vol. 66, N11. – P. 1393-1399.
8. Rosenmann, H. CSF biomarkers for amyloid and tau pathology in Alzheimer's disease / H. Rosenmann // J. Mol. Neurosci. – 2012. – Vol. 47. – P. 1-14.
9. Лобзин, В.Ю. Значение определения белков-маркеров амилоидоза и нейродегенерации в цереброспинальной жидкости в диагностике когнитивных расстройств сосудистого и нейродегенеративного генеза / В.Ю. Лобзин, А.Ю. Емелин, М.М. Одинак [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №4. – С. 21-27.
10. Успенская, О.В. Нейрохимические маркеры нейродегенерации в ранней диагностике болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменции / О.В. Успенская, Н.Н. Яхно, Н.Н. Белушкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, №8. – С. 36-40.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БОЛИ И ДЕПРЕССИИ СО СТЕПЕНЬЮ ДИСТОНИИ МЫШЦ ПРИ ТОРТИКОЛЛИСЕ

Логина Н.В., Каракулова Ю.В.

Пермский ГМУ им. Е.А. Вагнера, г. Пермь

Актуальность: Спастическая кривошея является самым частым вариантом фокальной мышечной дистонии и проявляется патологическим положением головы и/или насильственными движениями в мышцах шеи [1, 4]. СК чаще встречается у женщин, в 2/3 случаев дебютирует в возрасте между 20 и 60 годами. Заболевание, как правило, отчетливо прогрессирует в течение первых 2-5 лет после начала, с трудом поддается лечению и в большинстве случаев приводит к инвалидности. Клинические наблюдения показывают, что СК может быть проявлением дебюта генерализованной дистонии (чаще в детском возрасте), самостоятельным заболеванием (без генерализации мышечной дистонии) и стертой формой генерализованной дистонии [3, 4]. Наиболее типичным элементом спастической кривошеи является ротация головы (тортиколлис), обусловленная гипертонусом трех ипсилатеральных и трех контралатеральных мышц. При длительном стаже заболевания в дистонический спазм вовлекаются многие мышцы, что сопровождается изменением положения головы не только в одной, но и в двух и в трех плоскостях [1, 2, 4]. Чаще всего наблюдается смешанная форма заболевания с преобладанием либо клонического, либо тонического компонента. При клонико-тонической форме клиническая картина дополняется дистоническим тремором головы [4, 7].

В механизме развития гиперкинезов ведущую роль играют нарушения баланса нейротрансмиттеров экстрапирамидной системы, прежде всего дофамина, норадреналина, гамма-аминомасляной кислоты, глутаминовой кислоты, серотонина [5, 7]. Установлено, что наиболее частыми проявлениями при СК являются боли в мышцах, эмоциональные нарушения в связи с развитием непроизвольных движений. Патогенетические механизмы болевого синдрома при кривошее дискутабельны. С одной стороны, играет роль заинтересованность дистонических мышц в формировании ноцицептивного механизма боли, однако, необходимо рассматривать и дополнительные вертеброгенные факторы, которые могут провоцировать невропатические боли при данной патологии [2, 6]. Изучению болевых синдромов при цервикальной дистонии придается в настоящее время большое значение.

Цель исследования: Изучить характер, локализацию, степень выраженности болевого синдрома и психоvegetативный статус пациентов со спастической кривошеей (СК).

Материалы и методы: Были обследованы 48 больных с первичной спастической кривошеей. Среди них были 32 женщины и 16 мужчин. Возраст больных составил от 27 до 73 лет ($47,6 \pm 14,7$ лет в среднем). Средняя длительность заболевания составила $8,26 \pm 6,15$ лет. По семейному положению 34 больных замужем или женаты, 14 – одинокие. Среди обследованных 29 больных проживает в городе, 19 – в Пермском крае.

Всем пациентам проводилось традиционное общеклиническое и клинико-неврологическое исследование с детальным описанием и анализом гиперкинетического синдрома. Для объективизации степени дистонии применяли схему исследования дистонических движений с подсчетом регионарного и итогового числа баллов. Клинические данные о больном фиксировались в разработанных нами анкетах, согласно которым проводился анализ различных клинических признаков, характера течения СК, трудоспособности и динамики инвалидности.

Для оценки боли у больных со СК использовались устный опрос, визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), III часть стандартизированной бальной шкалы спастической кривошеи Западного Торонто (TWSTRS), оценивающая интенсивность боли, а также шкала количественной оценки хронической боли (Brief Pain Inventory, BPI). Всем больным проведено комплексное психометрическое тестирование. Для оценки тревоги и депрессии использованы шкалы Гамильтона, тест Спилбергера-Ханина для оценки личностной и реактивной тревожности, вопросник и схема исследования вегетативных изменений. Группу контроля составили 10 здоровых добровольцев. Статистическая обработка результатов проводилась на IBM PC с помощью интегрированного пакета для статистического анализа «Statistica v.6» с использованием непараметрических методов при пороговом уровне достоверности 0,05. Для изучения корреляционных связей использовался критерий Спирмана.

Результаты: Исследование показало, что СК чаще встречается у женщин в среднем возрасте (47,6 лет). Наиболее частым провоцирующим фактором был острый или хронический стресс. Все обследованные пациенты (100%) предъявляли жалобы на непроизвольные движения и боли в области шеи. Среди жалоб эмоционально-депрессивного плана у 36 (75%) пациентов было снижение настроения, 24 (50%) больных отмечали дискомфорт при общении с людьми, двое из обследованных высказывали суицидальные мысли. Общий балл по шкале дистонических движений в группе больных составил $14,44 \pm 10,57$ баллов. Полиморфные алгические проявления в виде болей в шейном отделе позвоночника, плече, затылке, надплечье, чувство усталости, мышечные спазмы наблюдались у всех больных со СК. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) средний уровень боли составил $6,4 \pm 1,08$ балла, при этом в группе женщин он был достоверно больше, чем в группе мужчин ($7,2 \pm 2,1$ и $4,9 \pm 1,42$ балла соответственно, $p < 0,05$). Средний общий балл по подшкале интенсивности боли TWSTRS у мужчин составил $9,2 \pm 2,21$ баллов, у женщин $11,7 \pm 2,84$ баллов, что значительно превышает средние контрольные значения у практически здоровых мужчин и женщин ($1,7 \pm 0,8$ и $2,1 \pm 0,92$ балла соответственно). По шкале BPI средний балл составил у мужчин $29,7 \pm 5,1$ у женщин $30,2 \pm 6,87$ баллов, что превышает средние контрольные значения у практически здоровых лиц ($9,7 \pm 2,42$ и $11,1 \pm 4,2$ баллов соответственно). Уровень депрессии по шкале Гамильтона у больных мышечной дистонией со-

ставил $15,0 \pm 6,3$ балла, что достоверно ($p < 0,025$) выше, чем в группе здоровых лиц ($9,47 \pm 2,47$). Уровень тревоги по шкале Гамильтона у наблюдаемых больных был $18,75 \pm 7,51$ балла, что достоверно ($p < 0,005$) выше, чем в группе здоровых ($10,27 \pm 1,75$). Уровень реактивной ($51,42 \pm 13,55$ баллов) и личностной ($54,18 \pm 12,19$ баллов) тревожности по тесту Спилбергера-Ханина у больных со СК был достоверно ($p < 0,005$) выше, чем в группе здоровых ($32,53 \pm 3,23$ и $36,07 \pm 3,86$ соответственно).

Средний балл по схеме исследования вегетативных изменений у больных мышечной дистонией составил $40,72 \pm 18,69$ баллов, что достоверно ($p < 0,01$) выше, чем в группе здоровых лиц ($32,8 \pm 2,86$). Достоверности по вопроснику вегетативных изменений не получено ($p > 0,05$). При проведении корреляционного анализа получена прямая зависимость степени депрессии по шкале Гамильтона и личностной тревожности от длительности заболевания, выраженности боли по подшкале интенсивности боли TWSTRS от степени тревоги по шкале Гамильтона и количества итоговых баллов дистонических движений.

Заключение: Результаты проведенного исследования показали, что боль наряду с насильственными движениями является одной из самых первых и существенных жалоб пациентов со спастической кривошеей. Изучение психоэмоционального статуса демонстрирует наличие тревоги и депрессии умеренной степени выраженности, нарушающих социальную адаптацию пациентов со СК. Полученные корреляции показывают, что боль в области шеи и надплечий у пациента с цервикальной дистонией коморбидны с тревогой и определяются степенью тяжести дистонии.

Литература

1. Лихачев, С.А. Фокальная мышечная дистония: этиология, патогенез, диагностика, лечение: метод. пособие / С.А. Лихачев, Ю.Н. Рушкевич, Е.В. Веевник [и др.]. – Минск, 2005. – 36 с.
2. Орлова, О.Р. Применение Ботокса (БТА) в клинической практике. Руководство для врачей / О.Р. Орлова, Н.Н. Яхно. – М.: Каталог, 2000. – 208 с.
3. Тимербаева, С.Л. Ботулинистический токсин типа А (диспорт) – новое слово в клинической нейрофармакологии / С.Л. Тимербаева // Фарматека. – 2007. – №17. – С. 40-46.
4. Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / В.Н. Шток / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608с.

АЛЕКСИТИМИЯ И ЕЕ КОМОРБИДНОСТЬ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мамина Н.Ш., Высоцкая М.Л.

ГБ № 38 им. Н.А. Семашко, г. Пушкин

Среди причин, осложняющих постинсультный восстановительный период, прочное место занимают расстройства эмоциональной сферы. Не вызывает сомнения тот факт, что постинсультная депрессия, являясь предиктором плохого восстановления повседневной активности, оказывает негативное влияние на динамику реабилитационного процесса, а наиболее значимое влияние депрессивных нарушений отражено в повышении риска смертности [2, 3]. Определенные диагностические трудности у пациентов данной нозологической группы вызывает алекситимия, т.е. неспособность распознавать и вербализировать собственные эмоции [1]. Присутствие алекситимического радикала в структуре личности больного способствует нивелированию даже типичной депрессивной симптоматики и затрудняет общение с ним [4].

По нашему мнению уровень алекситимии имеет высокую диагностическую ценность в связи с присутствием у пациентов объективной неврологической симптоматики, затрудняющей верификацию депрессии, протекающей с доминированием соматических признаков. В данном случае соматовегетативные нарушения являются как обязательным компонентом депрессивного синдрома, так и неотъемлемой составляющей собственно постинсультного периода. Попытка установления первопричины неспецифических симптомов с помощью методов психометрической оценки и сделала необходимым определение уровня алекситимии, являющейся аналогом соматизации на психологическом уровне.

Цель исследования: определить распространенность и клиничко-психологическую характеристику депрессивных нарушений и их коморбидность с алекситимией у пациентов, перенесших церебральный инсульт.

Материалы и методы: Нами было обследовано 107 человек (60 мужчин, 47 женщин), находящихся на реабилитационно-восстановительном лечении по поводу перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, в возрасте от 54 до 82 лет. Критериями исключения являлись: повторные инсульты, выраженный когнитивный дефицит, коммуникативные нарушения, соматические заболевания в стадии декомпенсации, указание на наличие эндогенных депрессивных расстройств в анамнезе. Для оценки депрессивных и тревожных расстройств использовались шкалы Монтгомери-Асберга (MADRS) и Гамильтона (HARS), для выявления выраженности алекситимического радикала в структуре личности пациентов применялась Торонтская алекситимическая шкала.

Результаты и обсуждение: В общей исследовательской выборке (n=107) алекситимия была выявлена в 27,1% случаев (средний балл по TAS -78,6), пограничные значения, представляющие собой группу риска по ее возникновению, определялись еще у 35,2% (средний балл по TAS- 68,3). Исследование влияния гендерного фактора на частоту формирования алекситимического типа личности определило, что алекситимия с одинаковой частотой встречалась как у лиц мужского 26,5%, так и женского пола 27,6%. Так же не было выявлено достоверной зависимости между возрастом пациентов и выраженностью алекситимических черт личности. Таким образом, было установлено, что алекситимия является психологической характеристикой личности, на которую не оказывают значимого влияния гендерные и возрастные факторы. На первый взгляд это утверждение может противоречить имеющимся литературным данным о сопряженности алекситимии с данными демографическими характеристиками [1]. Однако, в группе пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, представляется логичным рассматривать алекситимию, в том числе и как вторичное расстройство, развившееся на фоне органического поражения головного мозга. В связи с чем значимость факторов, актуальных для пациентов других групп, в данном случае нивелируется единым декомпенсирующим моментом в виде прогрессивно нарастающего цереброваскулярного дефицита, крайней степенью которого является инсульт.

Среди случаев выявленной депрессии в общей выборке пациентов (n=107) преобладали нарушения легкой степени – 44% случаев (средний балл по MADRS- 19,3), умеренные депрессивные нарушения были определены у 14% пациентов (средний балл по MADRS- 27,6). Для оптимизации статистического анализа случаи тяжелой депрессии (2 наблюдения) были отнесены к группе с умеренной выраженностью аффекта ввиду попадания их в район пограничных значений.

Отмечена положительная корреляционная связь между уровнем алекситимии и выраженностью депрессии ($p < 0,05$). Среди пациентов с отсутствием депрессивного состояния алекситимичными являлись 17,4%, у испытуемых с легкими депрессивными нарушениями алекситимия определялась в 28,3% наблюдений, при этом умеренные депрессивные нарушения сочетались с алекситимией в 54,3% случаев (рис. 1).

Алекситимия являлась детерминантой с доказанной вероятностью способствующей межполушарной дискретности распределения результатов психометрической оценки у обследованных нами пациентов. Среди пациентов, имеющих депрессивные нарушения, алекситимичными являлись 34,4% обследуемых: 76,2% имели правополушарную локализацию очага поражения, в 13,4% случаев алекситимия определялась при левополушарных инсультах, в 10,4% при инсультах в области ствола головного мозга ($p < 0,05$). В группу риска по возникновению алекситимии вошли 17,2% пациентов с правополушарными инсультами, 62,1% пациентов с инсультами в левом полушарии и 20,7% с инсультами в области ствола головного мозга.

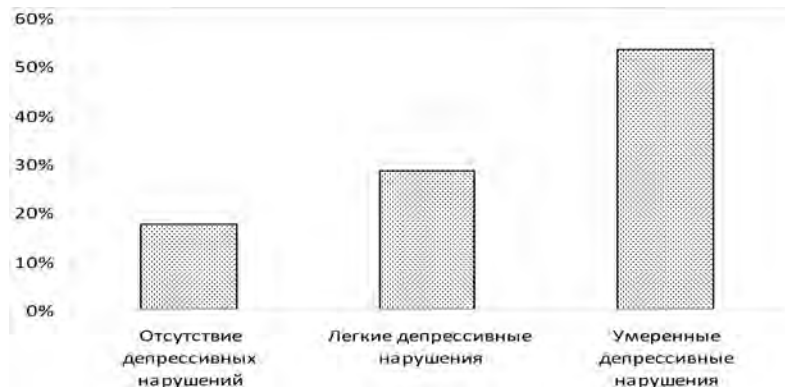


Рис. 1. Частота выявления алекситимии в зависимости от выраженности депрессивных нарушений.



Рис. 2. Частота встречаемости алекситимии и ее пограничных значений в зависимости от локализации инсультного очага.

Расценивание депрессивной симптоматики в качестве базового состояния, а элементов тревоги, как признаков, интегрированных в структуру депрессивного синдрома, позволило нам констатировать тревожную депрессию. В случаях тревожных депрессий с преобладанием соматических проявлений (средний балл по HARS – 24,7, соматическая тревога – 14,6), достоверно чаще выявлялась выраженная алекситимия ($p < 0,05$).

Формирование алекситимических черт личности обусловлено снижением функциональной активности правого полушария и нарушением межполушарного взаимодействия. Поскольку контингент больных не был психометрически обследован до момента дебюта, как острой сосудистой патологии, так и аффективных нарушений, представляется сложным разграничение алекситимии на первичную, представляющую собой устойчивую личностную характеристику и вторичную, как вариант защитной реакции в виде «торможения аффектов» в условиях стрессогенной ситуации. Тем не менее, принимая во внимание высокую частоту встречаемости алекситимии у пациентов с хроническим цереброваскулярным дефицитом [4], обусловленную как микроциркуляторными нарушениями, так и возрастным снижением активности правого полушария [5], можно предположить, что декомпенсация состояния в условиях острой церебральной дисциркуляции при правополушарной локализации инсульта приводит к нарастанию уровня алекситимичности, тем самым, влияя на выраженность и феноменологию расстройств эмоциональной сферы. У пациентов с высокими показателями алекситимии продуктивная тревога, возникающая вследствие перенесенного инсульта, не несет в себе адаптивные черты и не редуцируется по мере восстановления утраченных функций. Наличие алекситимического радикала потенцирует формирование патологического тревожного состояния с явным преобладанием механизмов телесного реагирования на эмоциональное неблагополучие. Быстрота перехода осознаваемых эмоций в их соматические эквиваленты обусловлена на наш взгляд предрасполагающим фоном в виде объективной вегетативной дисрегуляции, характерной для постинсультного периода.

В ходе исследования нами установлены некоторые коммуникативные особенности свойственные алекситимичным пациентам, которые должны учитываться врачом при составлении правильного клинического впечатления и влиять на объективность оценки имеющихся у обследуемого эмоциональных нарушений. Пациенты с коморбидной депрессией алекситимией имели низкую способность к эмоциональному коммуницированию, что проявлялось сложностями в установлении контактов, нарушением процесса идентификации и дифференциации

собственных эмоций и ограниченной возможностью к их вербальной передаче. Однако, при работе со шкалами, алекситимичные пациенты часто давали адекватную оценку собственному состоянию, обнаруживая способность согласовать переживаемые эмоции с предлагаемыми вариантами ответов. Полученный нами результат соответствует литературным данным об отсутствии при алекситимии не собственно эмоций, а возможности к их самостоятельному, незаимствованному описанию [1]. В связи с чем, применение методов психометрического анализа будет способствовать верному определению эмоционального статуса пациента.

Литература

1. Ерьско, Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Д.Б. Ерьско, Г.С. Исурина, Е.В. Койдановская [и др.] / Метод. пособие. – СПб., 2005. – 25 с.
2. Ковальчук В.В. Сравнительная характеристика эффективности различных антидепрессантов и анксиолитиков при восстановительном лечении пациентов после инсульта / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец // Медлайн-экспресс. – 2008. – №1. – С. 115-117.
3. Одинак, М.М. Реабилитация больных в раннем восстановительном периоде инсульта/ М.М. Одинак, И.А. Вознюк, Л.Н. Анисимова // Медлайн Экспресс. – 2006. – №7. – С. 34-40.
4. Петрова, Н.Н. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения / Н.Н. Петрова, Л.Л. Леонидова // Вестн. Санкт-Петербургского университета. – 2008. – №3. – С. 32-42.
5. Dolcos, F. Hemispheric asymmetry reduction and aging: right hemisphere decline or asymmetry reduction / F. Dolcos, H.J. Rice, R. Cabeza // Neurosci. Biobehav. Rev. – 2002. – Vol. 26, N7. – P. 819-825.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ (ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Нарышкин А.Г., Галанин И.В.

*СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН,
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Поздняя (тардивная) дискинезия (ПД) одно из наиболее тяжелых осложнений, связанных с приемом антипсихотических препаратов. Как правило, это заболевание развивается на фоне длительного (многолетнего) приема антипсихотиков, но иногда оно формируется намного быстрее (через несколько месяцев), а на фоне «обрыва» терапии и через несколько дней [1]. Заболевание, чаще всего проявляется локальными, полиморфными экстрапирамидными расстройствами с произвольными, хореоподобными сокращениями различных групп мышц лица, конечностей или генерализованными мышечными сокращениями, с вовлечением мышц конечностей и туловища. Иногда эти экстрапирамидные расстройства спонтанно ослабевают, но лишь на короткое время. В дополнение к этому, еще в 1969 г. И.Я. Гуревич описал стойкие изменения в психической сфере этих пациентов, в форме, так называемой психофармакотоксической энцефалопатии. Помимо повышенной психофизической истощаемости и аффективной неустойчивости возникала «истеризация» психики с тенденцией к демонстративному преувеличению имеющихся проявлений ПД. Формирование подобных экстрапирамидных расстройств описано не только на фоне приема нейролептиков, но также антидепрессантов, нормотимиков, противосудорожных препаратов, блокаторов ацетилхолина, агонистов дофамина и препаратов L-допа. Исследования последних лет показывают, что после одного года приема типичных нейролептиков ПД развивается у молодых пациентов в 4% случаев, а у пожилых в 26%. После трех лет приема эти цифры увеличиваются соответственно возрастным группам до 11% и 60%. Таким образом, существенную роль в развитии ПД играет возраст. Показано, что ПД у пациентов пожилого возраста возникают в 5 раз чаще, чем у молодых, причем наиболее часто она возникает у женщин [2]. При применении антипсихотических препаратов второго поколения общая частота возникновения экстрапирамидных расстройств наблюдается несколько ниже, в среднем на 30-50% [3].

Патогенез ПД до настоящего времени остается неясным. Ставшая традиционной гипотеза о компенсаторном (в ответ на блокаду рецепторов дофамина нейролептиками) увеличении числа дофаминовых рецепторов и развитии их гиперчувствительности в структурах базальных ганглиев, в настоящее время подвергается критике. Согласно новым представлениям в патогенез ПД вовлечено несколько нейротрансмиттерных систем, куда входят дофаминергическая, норадренергическая, ГАМК-ергическая, холинергическая и пептидергическая системы. При этом центральная дофаминергическая и норадренергическая активность повышается, а ГАМК- и холинергическая понижается. Допускается, существование нескольких подтипов ПД, для каждого из которых возможен свой, индивидуальный спектр нейрохимических изменений. Активное внимание уделяется исследованию гипотезы о том, что одним из основных факторов формирования ПД является, так называемый окислительный стресс – резкое увеличение продуктов свободных радикалов и других активных форм кислорода, превышающих возможности антиоксидантной защиты организма. В результате блокады дофаминовых рецепторов возможно резкое увеличение выброса глутамата, который, в свою очередь, способен оказывать токсическое действие на ГАМК-ергические стриарные нейроны [4]. Известно, что нейролептики обладают липофильностью и могут встраиваться в клеточные мембраны. При этом нарушается энергетический метаболизм клеток и запускается каскад структурных и функциональных изменений в нейронах, которые в рамках формирования негативной нейропластичности приводят к образованию новых «патологических» межнейронных связей. Подавляющее большинство исследований, посвященных вопросам лечения ПД солидарны в том, что в настоящее время не существует эффективных методов и четких алгоритмов лечения этого расстройства. Все рекомендации сводятся к соблюдению профилактических мер и избеганию неоправданного и длительного применения нейролептиков. Единственный препарат с резерпиноподобным действием, одобренный в англоязычных и европейских странах (тетрабеназин) для лечения ПД, не получил широкого распространения в связи с тем, что риск возможных негативных последствий, превышает потенциальную пользу от его применения.

В связи с выше изложенным, задачей нашего исследования явился поиск эффективных методов лечения ПД. С этой целью мы использовали транстимпанальную химическую вестибулярную дерецепцию (ТТХВД). Несмотря на бурное развитие нейронаук, наши знания о работе головного мозга и о механизмах действия медикаментов на центральную нервную систему, остаются несовершенными. Оказывая различные лекарственные воздействия, мы навязываем головному мозгу целесообразную с нашей точки зрения стратегию компенсации патологического процесса. Чаще всего мы получаем желаемый лечебный эффект, но иногда этого не происходит. Возможно, медикаментозная терапия воспринимается мозгом, как некая химическая атака на чрезвычайно сложную саморегулирующуюся систему. Если это так, тогда становится понятным не только большое количество случаев резистентности к терапии, но и практически всегда возникающие побочные эффекты, к которым относится и ПД. В то же время ТТХВД предполагает воздействие на вестибулярную систему, которая является базовой ко всем видам сенсорики и моторики, а все дальнейшие изменения происходят в порядке меняющейся самоорганизации деятельности ЦНС. Еще в 1986 г. Б.И. Котляр отмечал, что «любая деафферентация приводит к реактивации нервного центра из других афферентных источников и формированию, по существу, его новой

организации». Теоретическое обоснование ТТХВД заключается в том, что отолитовый аппарат, находящийся в области внутреннего уха, отвечает, в числе прочего, за восприятие гравитационной постоянной. Под влиянием этой, одной из базовых афферентаций происходит рост, формирование и функционирование всех мозговых структур и организма в целом. ТТХВД значительно уменьшает поток сигналов отвечающих за восприятие силы гравитации. Воздействие на этот мощный, диффузный, базовый поток афферентной информации приводит к существенной перестройке интегративных процессов в коре головного мозга, за счет актуализации других афферентных информационных потоков. Мозг, как полимодальная система, устанавливает и формирует новые ассоциативные функциональные связи, т.е. начинается процесс позитивной нейропластичности и в результате происходят изменения сложившейся патологической системы. Мы рассматривали проявления ПД, как разновидность вторичных экстрапирамидных расстройств. Одной из причин экстрапирамидной патологии, во всяком случае, в афферентном звене патологической системы, которая лежит в основе клинических проявлений ПД является рассогласование между проприорецептивными и вестибулярными афферентными потоками при доминирующей роли вестибулярной афферентации. Таким образом, ТТХВД уменьшая вестибулярные, актуализирует проприорецептивные потоки [5]. Вследствие этого процесса происходит кардинальная перестройка сложившейся патологической системы.

Методология и алгоритм проведения ТТХВД заключается в следующем. 1. Полость наружного слухового прохода обрабатывается турундой, смоченной 3% раствором перекиси водорода. Обработка проводится до тех пор, пока на турунде не остается следов ушной серы. 2. После этого полость наружного слухового прохода осушается сухой турундой, затем полость и прилежащие отделы ушной раковины дезинфицируется с помощью турунды, смоченной 70% раствором этилового спирта. 3. Игла 5 мл шприца вводится подкожно по заднему краю наружного слухового отверстия до надкостницы. После чего проводится подкожное введение 1% раствора местного анестетика в количестве от 5 до 10 мл. При этом помимо анестезии происходит гидропрепаровка мягких тканей задней поверхности наружного слухового прохода, приводящая к значительному утолщению кожи, расположенной на его задней стенке, что в последующем позволяет завести иглу в полость среднего уха безболезненно по самому крайнему периметру барабанной перепонки, то есть, практически не травмируя ее. 4. Ориентиром продвижения иглы под кожей является ощущение ее скольжения по кости. На глубине 3-4 см возникает ощущение провала иглы в полость. После этого больному в полость среднего уха вводится новокаин. Критерием попадания иглы в полость среднего уха является ощущение беспрепятственного поступления раствора. У больного при этом, появляется ощущение затекания раствора в полость носоглотки и возникает системное головокружение, сопровождающееся развитием типичного вестибулярного нистагма. 5. Раствор стрептомицина готовится из расчета 1 г на 1 мл новокаина или физиологического раствора. После введения раствора игла извлекается, полость наружного слухового прохода высушивается с помощью сухой турунды и тампонируется турундой, смоченной перекисью водорода. 7. По результатам ежедневного контроля с проведением прицельной компьютерной томографии в течение 3 дней после введения антибиотика его нахождение в полости среднего уха определяется на протяжении 2 последующих дней. На третьи сутки антибиотик полностью элиминируется из тимпанальной полости. По этой причине повторное введение антибиотика проводилось на второй, или на третий день.

Стрептомицин разводится в 1 мл раствора с целью заполнения всей барабанной полости. Известно, что ее поперечный размер составляет 5-6 мм, а вертикальный – до 10 мм. Следовательно, объем полости составляет не более 0,25 кубических см. Таким образом, при условии заполнения всей полости и истечении избытка раствора через слуховую трубу, действующая доза не превышает 0,25 г. Курсовое лечение состоит, как правило, из 1-5 процедур. Критерием получения результата и окончания лечения является возникновение признаков стойкой вестибулопатии, которая в дальнейшем довольно быстро купировалась приемом бетасерка. При катамнестическом обследовании, ни у одного больного не было выявлено снижение слуха, что подтверждалось результатами аудиометрии. Первый курс лечения заключается в проведении 3-4 процедур. С учетом новизны методики больным и их ближайшим родственникам разъяснялась ее сущность, подробно разъяснялись возможные побочные эффекты. Метод применялся исключительно с согласия пациента и его ближайших родственников, с обязательной фиксацией факта согласия в истории болезни.

ТТХВД использовалась нами в лечении ПД, которая была диагностирована у 4 больных в возрасте до 30 лет. Длительность ПД колебалась от 2 до 4 лет, все больные имели инвалидность. У 2-х больных симптоматика была представлена преимущественно хореоатетонидными гиперкинезами. Ещё у двух больных – паркинсоноподобным синдромом. Все больные в течение, как минимум, двух лет постоянно с целью лечения ПД принимали разнообразную медикаментозную терапию без видимого эффекта. При поступлении в отделение больным проводилась постепенная отмена предшествующей терапии. ТТХВД проводилась слева, по аналогии с лечением больных паркинсонизмом, у которых при вмешательстве слева наблюдался двухсторонний клинический эффект. Редукция разнообразных проявлений ПД наблюдалась уже при проведении первых процедур ТТХВД. В дальнейшем этот эффект продолжал нарастать в течение всего последующего периода наблюдения, хотя длительность последнего пока не превышает 0,5 г.

Таким образом, предлагаемый метод лечения ПД в исследуемой группе показал свою перспективность. Это направление нуждается в дальнейшем развитии с более глубоким изучением эффективности ТТХВД при ПД с привлечением электроэнцефалографических и электронейромиографических методик.

Литература

1. Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
2. Ястребов, Д.В. Экстрапирамидные расстройства, осложняющие проведение терапии антипсихотическими препаратами (современное понимание вопросов клиники, патогенеза и коррекции) / Д.В. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 125, №1. – С. 36-44.
3. Leucht, S. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics a systematic review and meta-analysis // S. Leucht, K. Wahlbeck [et al.] // Lancet. – 2003. – Vol. 361. – P. 1581-1589.
4. Плотникова, Е.В. Лекарственно-индуцированные двигательные расстройства при шизофрении / Е.В. Плотникова // Таврический мед.-биол. вестн. – 2009. – Т. 12. – №1 (45). – С. 192-199.
5. Нарышкин, А.Г. Клинико-нейрофизиологическая оценка эффективности метода транстимпанальной химической вестибулярной дерцепции у больных цервикальной дистонией / А.Г. Нарышкин, А.Л. Горелик, А.В. Второв // Вестн. Санкт-Петербургской гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – 2004. – №1(5). – С. 107-112.

СОЛЯРНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А. Л., Скоромец Т.А., Лисичик М.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Патологические состояния вегетативной нервной системы (ВНС) встречаются, как в виде самостоятельного заболевания, так и в структуре отдельных нозологических форм (неврозы, органические поражения ЦНС, гипоталамические расстройства, первичное поражение внутренних органов, желез внутренней секреции и др.) течение которых может протекать непрерывно или в виде пароксизмальных расстройств. Трактовка, классификация, диагностика и лечение вегетативных расстройств отличается крайним разнообразием. Так, в одном из исследований приводится свыше 150 признаков вегето-сосудистой дистонии, но при этом ни один из них не имеет патогномичного значения [1].

Распространенность вегетативной дисфункции с преобладанием сосудистых нарушений среди лиц молодого возраста достигает 80% и представляет собой основу для развития цереброваскулярной патологии, а симптомы «нейроциркуляторной дистонии» в сочетании с теми или иными проявлениями вегетативного дисбаланса отмечаются, по данным различных авторов, у 21-69% всех пациентов врачей общей практики [1].

Ещё в 1946 г. [2] в рамках исследования ВНС были описаны отдельные нервные клетки, их скопления и нервные сплетения, образующие единую систему на всём протяжении пищеварительного тракта, от пищевода до толстой кишки. Современные исследователи выделяют это нервное образование из ВНС, основываясь на том, что она обладает собственной, независимой рефлекторной деятельностью и называют её энтеральной нервной системой (ЭНС). В ней насчитывают до 500 миллионов различных нейронов, что превышает количество нейронов в спинном мозге и периферической нервной системе. Они объединены в два взаимосвязанных нейрональных сплетения (в подслизистом и мышечном слое ЖКТ), охватывают весь пищеварительный тракт (от пищевода до анального отверстия) в виде своеобразного чулка длиной более 9 м и связаны с интрамуральными расположенными нейронами других органов [3]. Эта система состоит из различных видов нейронов и глиальных клеток, имеет собственный гематоэнцефалический барьер и продуцирует более 40 типичных для ЦНС нейромедиаторов (в том числе более 90% серотонина и 50% дофамина), вырабатывает ряд гормонов и оказывает существенное влияние на работу иммунной системы [4]. ЭНС связана с центральной нервной системой через симпатическую и парасимпатическую нервную систему (свыше 90% информации проходящей по блуждающему нерву направлено от ЭНС к продолговатому мозгу), оставаясь при этом автономной [5].

Таким образом, результаты исследований последних лет показали, что функции этого отдела вегетативной нервной системы выходят далеко за рамки простого управления перистальтикой или секреторной деятельностью пищеварительного тракта. Это подтверждают и появившиеся сообщения о эффективности применения стимуляции блуждающего нерва при лечении хронических депрессивных расстройств и некоторых форм эпилепсии, резистентных к традиционной терапии [6, 7].

В предлагаемой работе дается теоретическое обоснование применения и оценка клинической эффективности солярной микрополяризации (СМП) при различных вариантах психосоматической и вегето-сосудистой патологии. При этом мы исходили из того, что в большинстве случаев исходное поражение ВНС имеет неспецифический характер в связи с чем, именно неспецифические воздействия могут оказывать положительный, лечебный эффект, превышающий, в некоторых случаях, эффект медикаментозной терапии.

В группу вошли 82 пациента, из которых 32,9% составляли мужчины, а 67,1% женщины. Возраст колебался от 17 до 68 лет (в среднем $44,3 \pm 1,7$ г.). Длительность заболевания (от первого обращения к специалистам) варьировала от 3 до 48 лет и составляла в среднем $12,7 \pm 1,6$ года. Диагнозы отличались крайним разнообразием (вегето-сосудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, гипоталамический синдром, вегетативная дисфункция). При этом у большинства больных диагноз неоднократно менялся в процессе лечения. Все больные не один раз лечились в стационарах различного профиля. Количество госпитализаций колебалось от 1 до 6 (в среднем $2,8 \pm 0,87$). Клиническая картина была представлена полиморфными симптомами симпато-адреналового и вагосинуслярного характера, как в перманентной, так и в пароксизмальной формах.

Единственным признаком, объединявшим всех больных, было присутствие в клинической картине ипохондрической и тревожно-депрессивной симптоматики, не достигающей психотического уровня. Все пациенты на момент обследования получали разнообразную медикаментозную терапию, включающую, как правило, препараты анксиолитического и антидепрессивного действия.

Всем пациентам в исследуемой группе проводилась оценка функционального состояния ВНС по Г.И. Маркелову [8] результаты которой имели оценку в баллах. Один балл – значительная болезненность с гиперпатическим оттенком при пальпации точек солнечного сплетения, часто сопровождающаяся болезненной grimасой и иррадиацией болевых ощущений в пределах брюшной полости. Два балла – дополнительно определяется болезненность или неприятные ощущения вегетативного характера при пальпации плоских костей (грудина, ребра, верхняя передняя подвздошная ось). Аналогичные ощущения сопровождают скользящую пальпацию крупных артериальных сосудов (сонные, подвздошные артерии). Три балла – к вышеперечисленным симптомам присоединяются аналогичные ощущения, возникающие при скользящей пальпации периферических артерий (височная,

локтевая, лучевая, артерии стопы). Признаки вегетативной ирритации приобретают двусторонний характер. При наличии болевых ощущений состояние оценивается, как вегетативная ирритация (гиперфункция ВНС) различной степени выраженности. При их отсутствии, состояние оценивается, как гипофункцию ВНС. Результаты исследования показали, что у 67 (81,7%) человек была вегетативная ирритация на 2-3 балла (гиперфункция), у 15 (18,3%) – гипофункция. Таким образом, обнаружены всего 2 варианта нарушения интегрального состояния ВНС. Во время процедуры у исследуемых больных с выявленной вегетативной гиперфункцией использовалась сила тока до 800 микроампер, при гипофункции – 300 микроампер. Экспозиция проводилась в течение 40 минут, поскольку ранее было показано, что клеточный эффект микрополяризации нарастает в течение примерно 40 минут, после чего выходит на плато, где держится около суток [9]. Непосредственное воздействие проводилось на проекцию солнечного сплетения. Курс состоял из 10-15 процедур. Таким образом, образующееся электромагнитное поле действовало не только и не столько на блуждающий нерв, сколько на значительную часть ЭНС.

Из 89 пациентов 3 человека прервали лечение в начале первого курса (по различным причинам), 2 курса прошли 86 человек, 3 курса – 65 и 4 курса – 31 человек. Субъективное улучшение наши пациенты обычно начинали отмечать после 4-8 процедур. К концу курса имело место существенное улучшение, нараставшее в течение 1-месяцев после курса, что соответствует литературным данным о микрополяризационном последствии. Однако в подавляющем большинстве случаев ремиссия после первого курса СМП была все же недостаточно полной и долговременной, что требовало проведения повторных курсов. Почти у всех пациентов стойкая клиническая ремиссия наступала после 2-4 курсов СМП. Из 86 человек субъективное улучшение в процессе 1 курса отметили 46, по окончании курса – еще 21, в течение 1 месяца после курса – еще 17, у двоих пациентов субъективный эффект отсутствовал (появился после 2-го курса). Объективно по окончании 1 курса у 67 пациентов отмечено снижение исходной ирритации на 1 балл. Повторный курс проведен в сроки от 3 до 12 месяцев, после окончания первого. Субъективный эффект отмечен всеми пациентами еще в процессе лечения, у 78 – достигнута стойкая ремиссия сроком от 4 до 11 месяцев. В дальнейшем проводились повторные курсы СМП в различные сроки, как правило – при появлении тенденции к возобновлению прежней симптоматики. Длительность ремиссий при этом значительно увеличивались (1-2 года), пациенты либо прекращали прием медикаментов, либо переходили к их эпизодическому употреблению. При этом они, как правило, возвращались к активному образу жизни. Так 3 пациентки молодого возраста после повторного курса забеременели и родили здоровых детей. Длительность катанеза от 1 года до 7 лет (в среднем $5 \pm 1,67$ лет).

При повторных обследованиях (по Маркелову) отмечен полный регресс вегетативной ирритации, а у больных с гипофункцией – восстановление физиологической реактивности ВНС. Эффективность метода подтвердилась у 87% больных.

Полученные данные демонстрируют, что при всем многообразии клинических проявлений и при всей своей полиэтиологичности, обсуждаемая группа заболеваний имеет в своей основе два варианта единой патологии – вегетативная ирритация (гиперфункция) либо вегетативная гипофункция. Соответственно, единое неспецифическое воздействие сверхслабым магнитным полем, осуществляемое в двух вариантах – «тормозном» и «стимулирующем» – дает выраженный положительный клинический эффект, несопоставимый по своей результативности с традиционными методами лечения. Мы объясняем это тем, что первичные нарушения (в силу разнообразных причин), возникают в энтеральной нервной системе. В дальнейшем эта негативная информация, через блуждающий нерв и продолговатый мозг попадает в ретикулярную формацию и другие отделы ЦНС. Именно в этом «конечном пункте» формируются те «неправильные» команды, которые мы наблюдаем в виде различных вегетативных и психоэмоциональных нарушений. Слабые магнитные поля, используемые при солярной микрополяризации, воздействуя на энтеральную нервную систему оказывают нормализующий эффект конечным результатом которого является наблюдаемая нами уменьшение (или полная редукция) клинических проявлений болезни.

Выводы:

- вегетативные дисфункции имеют общее звено патогенеза: нарушение интегрального состояния и реактивности вегетативной нервной системы, которое может проявляться в двух вариантах: с преобладанием гипер-, либо гипофункции;
- в основе всего многообразия клинических проявлений лежат системные нарушения интегративных функций вегетативной нервной системы, приводящие в дисрегуляции деятельности тех или иных органов и систем организма
- наиболее доступным, адекватным и информативным клиническим способом оценки интегрального состояния ВНС является пальпаторный осмотр по Г. И. Маркелову, как не только качественный, но и количественный метод, результаты которого поддаются статистической обработке;
- самым мощным и значимым координатором деятельности периферической вегетативной нервной системы является энтеральная нервная система;
- на сегодняшний день наиболее эффективным способом коррекции вегетативной дисфункции, направленным на непосредственные звенья патогенеза, является солярная микрополяризация.

Литература

1. Покалев, Г.М. Нейроциркуляторная дистония / Г.М. Покалев. – Н. Новгород: НГМИ, 1994. – 297 с.
2. Гринштейн, А.М. Пути и центры нервной системы / А.М. Гринштейн. – Медгиз, 1946. – 326 с.
3. Gershon, M. The enteric nervous system: a second brain / M. Gershon // Hosp. Pract. – 1999. – Vol. 7, N34. – P. 31-32, 35-38, 41-42.
4. Young, E. Энтеральная нервная система и психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта / E. Young, В.А. Дмитриева, В.В. Одинцова // Мед. альманах. – 2011. – Т. 14, №1. – С. 166-169.
5. Powley, T.L. Gastrointestinal and liver physiology / T.L. Powley, R.J. Phillips // Am. J. Physiology. – 2002. – Vol. 283, N6. – P. 1217-1225.
6. Corcoran, C.D. Vagus nerve stimulation in chronic treatment-resistant depression / C.D. Corcoran, P. Thomas, J. Phillips [et al.] // Brit. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 189. – P. 282-283.
7. Липатова, Л.В. Опыт использования стимуляции блуждающего нерва в лечении фармакорезистентной эпилепсии / Липатова Л.В., Скоромец Т.А., Громов С.А. [и др.] // Неврология, психиатрия, психосоматика. – 2014. – №1. – С. 18-21.
8. Маркелов, Г.И. Заболевания вегетативной системы / Г.И. Маркелов. – Киев: Гос. Мед. Изд-во УССР, 1948. – 685 с.
9. Шелякин, А.М. Микрополяризация мозга / А.М. Шелякин, Г.Н. Пономаренко / Под ред. проф. О.В. Богданова. – СПб: ИИЦ Балтика, 2006. – 223 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АКУПУНКТУРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ МЕТОДОМ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА СО СПЕКТРАЛЬНЫМ АНАЛИЗОМ

Наумов К.М., Андреева Г.О.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

На сегодняшний день акупунктура признана эффективным методом лечения многих заболеваний, в частности, нервной системы. В последние годы в европейских странах возросла значимость традиционной китайской медицины как дополняющей и комплементарной западной медицине [8]. Однако, спорными остаются вопросы объективизации акупунктурного воздействия. По данным ряда рандомизированных исследований эффективность иглотерапии доказана [3, 4, 6]. Ряд авторов, напротив, утверждают, что достоверное отличие между иглоукальванием в точки акупунктуры и поверхностным уколом вне точек акупунктуры отсутствует [7, 10]. С целью объективизации применяются различные инструментальные методы: термография, лазерная доплерография, лазерная доплерометрия, измерение электрокожного сопротивления, мультифункциональная транскраниальная доплеросонография, церебральная спектроскопия, функциональная МРТ, ЭЭГ, пульсометрия, оценка вариабельности сердечного ритма [1, 2, 5, 9]. В данном аспекте, методы, направленные на исследование состояния вегетативной нервной системы, представляют особый интерес как наиболее быстро и точно фиксирующие изменения реактивности организма в ответ на акупунктурное воздействие. С этой целью наибольший интерес представляет метод анализа вариабельности ритма сердца и спектральный анализ волновой структуры ритма сердца.

Материалы и методы: в целях оценки возможности использования метода ВРС и САРС для оценки эффективности акупунктурного воздействия на базе клиники нервных болезней Военно-медицинской академии г. Санкт-Петербург было отобрано 32 условно здоровых пациента (средний возраст $37 \pm 5,9$ лет) имеющих, по данным предварительного обследования, высокий уровень общей мощности спектра (показатель TP выше 4000 у.е.).

Всем пациентам проводилась иглотерапия с введением стерильных одноразовых игл (0,3x25мм) в точки Цюй-чи (GI-11), Цзу-сань-ли (E-36) перпендикулярно коже на глубину 25 мм, экспозицией 20 минут. Анализ ВРС проводился до введения игл, через 10 минут после введения игл и через 10 минут после извлечения игл. Исследование вегетативного статуса проводилось методом исследования вариабельности ритма сердца со спектральным анализом ритма сердца. Регистрация ВРС осуществлялась на приборе «ВНС-спектр» с использованием программы «Полиспектр-3» фирмы «Нейрософт». Запись и обработка результатов (анализ временных последовательностей, частотных диапазонов) проводились в соответствии со «Стандартами измерения, физиологической интерпретации и клиническому использованию вариабельности ритма сердца».

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica for Windows методами непараметрической статистики с использованием критериев Вилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты исследования: до начала процедуры выделенная группа характеризовалась сбалансированным типом вегетативной регуляции с незначительным преобладанием модуляций LF диапазона по данным САРС (по сравнению с HF диапазоном) и достаточным уровнем модулирующих влияний в VLF диапазоне. Группа в целом была сбалансирована по уровню надсегментарных и сегментарных регулирующих модуляций, с незначительным преобладанием симпатических модуляций, которые можно связать с имевшим место ожиданием проведения сеанса иглорефлексотерапии.

По результатам проведенного анализа показателей ВРС и САРС во время и после сеанса иглорефлексотерапии было выявлено два варианта изменения изучаемых параметров. У пациентов первой группы отмечалось повышение значений показателей вариабельности ритма сердца, с сохранением динамики их повышения после окончания процедуры. При этом значения фоновых показателей SDNN, pNN50%, CV достоверно отличались ($p < 0,05$) от показателей, полученных во время процедуры и после ее окончания (табл. 1). Сходная динамика отмечалась и при анализе показателей TP и VLF САРС. Значения показателей LF и HF в динамике увеличивались, но достоверно ($p < 0,05$) отличались значения при измерении до пробы и после ее окончания. Динамика изменений показателей LF n.u. и HF n.u. была разнонаправленной: показатель LF n.u. уменьшался, а HF n.u. увеличивался, что нашло отражение в изменении коэффициента LF/HF в виде его повышения во время пробы и незначительным снижением после окончания пробы. На фоне проведения пробы отмечалось снижение напряжения в работе вегетативных центров (коэффициент $ИН2/ИН1 = 0,77$). Выявленная динамика изучаемых показателей свидетельствовала о повышении модулирующих влияний как надсегментарного, так и сегментарного уровней регуляции, снижении уровня напряжения в работе вегетативных центров регуляции, с сохранением положительного эффекта в динамике.

У пациентов второй группы изменения показателей характеризовались уменьшением ($p < 0,05$) значений показателей САРС: TP, VLF, LF во время пробы (табл. 2). После окончания пробы отмечалось значимое их повышение ($p < 0,05$). Значения показателя HF стабильно повышались как во время, так и после пробы. Показатель LF n.u. во время проведения пробы уменьшился, с последующим его повышением ($p < 0,05$). Значения показателя HF n.u., напротив, при проведении пробы повышался, уменьшаясь после ее окончания. В динамике при проведении пробы отмечалось повышение напряжения в работе регуляторных центров (значения коэффициента $ИН2/ИН1 = 1,37$).

Таблица 1.

Значения показателей вариабельности ритма сердца и спектрального анализа в первой группе

Показатели		Фооновая запись	Спустя 10 минут после начала сеанса	Спустя 10 минут после окончания сеанса
BPC	SDNN, ms	70,3±6,4 Δ,◇	87,5±4,8	110,5±10,1
	pNN50,%	22,8±6,5 Δ,◇	33,8±3,4	39,25±7,6
	CV	8,1±0,5 Δ,◇	9,3±0,36	12,1±0,8
	ИИ	39,7±1,3 Δ	30,5±0,96	
CAPC	TP, ms ²	5586±846,6 Δ,◇	7934±756,9 #	12709±1593,9
	VLF, ms ²	2578±480 Δ,◇	3641±353,8 #	5038,5±367,2
	LF, ms ²	1944,5±447,4 ◇	2733,5±1001,2	4319,5±764,9
	HF, ms ²	1063±81,2 ◇	1560±597,6	3351±1991,6
	LFn.u.	63,9±7	62,2±17,5	59,1±19,4
	HFn.u.	36,1±7	37,7±17,5	40,9±19,4
	LF\HF	1,9±0,6	2,3±1,5	2,0±1,43

Примечание: Δ – достоверность различий между показателями фооновой записи и записи при проведении сеанса акупунктуры; ◇ – достоверность различий между показателями фооновой записи и записи после окончания сеанса акупунктуры; # – достоверность различий между показателями записи при проведении сеанса и записи после окончания сеанса акупунктуры (Δ, ◇, # – p<0,05).

Таблица 2.

Значения показателей вариабельности ритма сердца и спектрального анализа во второй группе

Показатели		Фооновая запись	Спустя 10 минут после начала сеанса	Спустя 10 минут после окончания сеанса
BPC	SDNN, ms	71,5±4,8	61,0±11,7	101,0±32,0
	pNN50,%	32,7±6,6	34,55±1,3	39,95±8,9
	CV	7,86±0,88	6,58±1,5	10,87±3,6
	ИИ	38,85±2,3	53,6±13,14	
CAPC	TP, ms ²	5391,0±856,3 ◇	3937,0±1547,0 #	11475,0±2546,0
	VLF, ms ²	1838±376,0 Δ, ◇	732,0±180,0 #	4961,0±1526,0
	LF, ms ²	2261±12,8	1628±380,0	3853±559,0
	HF, ms ²	1292,5±466,6	1579,5±277,0	2661,5±242,41
	LFn.u.	64,6±8,2 Δ	50,65±0,16 #	63,55±7,8
	HFn.u.	35,4±8,3 Δ	49,35±0,16 #	36,45±7,8
	LF\HF	1,97±0,7 Δ	1,025±0,001	1,86±0,6

Примечание: Δ – достоверность различий между показателями фооновой записи и записи при проведении сеанса акупунктуры; ◇ – достоверность различий между показателями фооновой записи и записи после окончания сеанса акупунктуры; # – достоверность различий между показателями записи при проведении сеанса и записи после окончания сеанса акупунктуры (Δ, ◇, # – p<0,05)

Изначально в первой группе, по данным CAPC, отмечалась тенденция преобладания модулирующих влияний VLF диапазона над LF до, во время и после проведения пробы. Во второй группе в покое и после проведения пробы по данным CAPC отмечалось преобладание модулирующих влияний LF диапазона над VLF в покое и после проведения пробы, с преобладанием значений показателя LF над VLF при проведении пробы.

Таким образом, при анализе изменений показателей вариабельности ритма сердца и спектрального анализа ритма сердца при проведении сеанса иглорефлексотерапии по стандартизированной методике выявлены разнонаправленные изменения, позволяющие оценить не только исходный уровень вегетативной регуляции, но и вегетативную реактивность, что позволит более качественно подойти к решению вопроса о выборе точек и методе воздействия на них в процессе лечения.

Заключение: Воздействие на точки акупунктуры может приводить к разнонаправленным изменениям показателей, характеризующих состояние вегетативной регуляции и реактивности, надсегментарного и сегментарного отделов вегетативной нервной системы. Использование метода оценки BPC и CAPC позволяет оценить динамику и направленность изменений функционального состояния организма в процессе проведения иглорефлексотерапии. Использование метода BPC и CAPC при проведении сеансов иглорефлексотерапии позволяет оценивать динамику вегетативной реактивности как после отдельной процедуры, так и курса в целом.

Литература

1. Андреева, Г.О. Контроль эффективности акупунктуры с помощью метода анализа variability ритма сердца со спектральным анализом в лечении астенического синдрома / Г.О. Андреева, К.М. Наумов, О.С. Сологуб // Интеграция и эволюция в психотерапии. Достижения, актуальные проблемы и перспективы. Сб. материалов конф. под ред. проф. В.И. Курпатовой. – СПб.: Человек и его здоровье, 2015. – С. 6-7.
2. Agarwal-Kozlowski, K. Contactfree infrared thermography for assessing effects during acupuncture: a randomized, single-blinded, placebo-controlled crossover clinical trial / K. Agarwal-Kozlowski, A.C. Lange, H.Beck // Anesthesiology. – 2009. – Vol. 111, N3. – P. 632-639.
3. Brinkhaus, B.W.C. Acupuncture in Patients with Chronic Low Back Pain – A Randomised Controlled Trial / B.W.C. Brinkhaus, S. Jena, K. Linde [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166. – P. 450-457.
4. Linde, K.S.A. Acupuncture for patients with migraine – a randomized trial (ART migraine) / K.S.A. Linde, S. Jьrgens, A. Hoppe [et al.] // JAMA. – 2005. – Vol. 293. – P. 2118-2125.
5. Litscher, G. Modernization of traditional acupuncture using multimodal computer-based high-tech methods – recent results of blue laser and teleacupuncture from the medical university of Graz / G. Litscher // J. Acupuncture Meridian Studies. – 2009. – Vol. 2, N3. – P. 202-209.
6. Melchart, D. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial / D. Melchart, A. Streng, A. Hoppe [et al.] // BMJ. – 2005. – Vol. 13, N331. – P. 376-382.
7. Paulson, K. L. Sympathetic nervous system responses to acupuncture and non-penetrating sham acupuncture in experimental forearm pain: a single-blind randomised descriptive study / K.L. Paulson, B.L. Shay // Acupunct. Med. – 2013. – Vol 31, N2. – P. 178-184.
8. Wang, L. Modern technology for acupuncture research: a short review from the medical university of Graz / L. Wang, G. Litscher // J. Chinese medicine. – 2010. – N1. – P. 59-62.
9. Hui, K.K.S. Monitoring acupuncture effects on human brain by fMRI / K.K.S. Hui, V. Napadow, J. Liu [et al.] – 2010. – <http://www.jove.com/details.php?id=1190>, doi: 10.3791/1190.
10. Kaptchuk, T. J. Expectancy and treatment interactions: a dissociation between acupuncture analgesia and expectancy evoked placebo analgesia / T.J. Kaptchuk, G. Polich, I. Kirsch // Neuroimage. – 2009. – V. 45, N3. – P. 940-949.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ИСТОЧНИКОВ СВЕТА НА НЕЙРОИММУННЫЕ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТУДЕНТОВ-ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Подсевацкий В.Г., Кирюхина С.В., Железникова О.Е., Кирюхин Ф.М.

Мордовская РПБ, пос. Звездный, Лямбирский р-н, Республика Мордовия, Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, г. Саранск

Исследование влияния различных источников светового излучения на организм человека является актуальной задачей в связи с необходимостью обеспечения безопасности жизнедеятельности при использовании световых лучей в промышленных и медицинских целях [1-5, 7, 10]. В последнее время проблема изучения механизмов ответных реакций организма человека на действие оптического излучения привлекает внимание исследователей в связи с высокой чувствительностью к негативному действию оптических факторов окружающей среды взаимосвязанных между собой нервной, иммунной и эндокринной систем [6, 8, 9].

Цель исследования – разработать технологию комплексной оценки психофизиологических функций организма при воздействии различных видов освещения на организм человека.

Материалы и методы: Проведено простое рандомизированное сравнительное в параллельных группах исследование с участием 20 студентов – добровольцев светотехнического факультета, занимающихся в течение 30 дней в условиях освещения светодиодами (первая группа) и 20 студентов, выполняющих работы при воздействии других источников света (вторая группа). Во всех исследуемых группах определяли электроэнцефалографические и нейрокертографические показатели функционирования головного мозга, общепринятыми методами изучали параметры иммунного и эндокринного статусов, а также наблюдали за динамикой психических функций. Определяли общее число лейкоцитов периферической крови, количество сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов (СЯ и ПЯНФ). Морфофункциональные свойства нейтрофилов изучали с помощью НСТ-теста и индекса активации нейтрофилов (ИАН) в спонтанном варианте, определяли активность фагоцитоза нейтрофилов (АФН) в отношении частиц латекса, адгезию нейтрофилов, анализировали факторы Т-системы иммунитета с определением процентного содержания и абсолютного числа Т-клеток в реакции розеткообразования с эритроцитами барана (Е-РОК), теофиллин-чувствительных (Т-хелперы) и теофиллин-резистентных (Т-супрессоры) лимфоцитов, изучали клеточные факторы В-системы иммунитета, гуморальные механизмы иммунитета – определение уровня иммуноглобулинов классов А, М и G методом радиальной иммунодиффузии в геле, тестирование уровня мелких, средних и крупных (ЦИК) циркулирующих иммунных комплексов (м.в. 6000) осаждением на полиэтиленгликоле; определяли системные показатели иммунитета – индекс нагрузки (ИН); индекс соотношения Тх/Тс; (ЛТИ) лейко-Т-индекс. Все исследования проводили на 1, 15 и 30 дни наблюдения. Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ „Statistics 6.0”. Исследовали основные статистические характеристики: среднее, ошибка среднего. Достоверность различий рассчитывали с помощью Т-критерия Стьюдента в случае равенства дисперсий, его модификации (Т-критерий с раздельными оценками дисперсий) – в случае неравенства дисперсий. Критическую величину уровня значимости принимали равной 0,05 на персональном компьютере Authentic AMD. Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками были значимыми при вероятности безошибочного прогноза $p = 95\%$ и более.

Результаты и их обсуждение: При изучении показателей функционирования нервной и иммунной систем в первой группе наблюдения выявлено, что в группе пациентов, находившихся под воздействием люминесцентных источников света, на ЭЭГ регистрировались признаки эмоционально-психического возбуждения с появлением быстрых ритмов, что необходимо учитывать при разработке комплексной оценки влияния освещения на организм человека. В первой группе обследуемых статистически значимых изменений ЭЭГ не наблюдалось.

Изучение иммунного статуса показало, что у студентов при высокой умственной нагрузке применение светодиодного освещения сопровождается повышением активности фагоцитоза нейтрофилов и НСТ-теста в спонтанном варианте, дисбалансом в системе Т-клеточного звена иммунной системы в виде снижения абсолютного количества Т-лимфоцитов, повышения циркулирующих иммунных комплексов мелкой фракции, при этом изучаемые показатели остаются в пределах физиологической нормы. Другие показатели иммунного статуса практически не отличались от исходных значений. Под воздействием люминесцентных источников света статистически значимых отличий в функционировании сегментоядерных нейтрофилов в группе студентов не наблюдалось. При исследовании гормонов гипофиза, щитовидной железы, надпочечников у студентов выявлено, что во 2-ой группе наблюдается снижение тиреотропного гормона до $1,22 \pm 0,06$ нмоль/л на 15-й день исследования и до $1,22 \pm 0,07$ нмоль/л на 30-й день исследования, причем тироксин свободный практически оставался на прежнем уровне $11,61 \pm 0,37$ нмоль/л, $11,33 \pm 0,27$ нмоль/л и $12,10 \pm 0,17$ нмоль/л соответственно 1-ый, 15-ый день и 30-день обследования. Концентрация кортизола у студентов как до начала воздействия, так и на 15-ый, 30-ый дни оставался повышенным относительно уровня здоровых доноров и составила $480,73 \pm 21,27$ нмоль/л, $460,65 \pm 22,23$ нмоль/л, $469,37 \pm 13,68$ нмоль/л соответственно. В первой группе наблюдения наблюдалась положительная динамика показателей эндокринного статуса. Выработка гормона стресс-реализующей системы – кортизола нормализовалась уже к 15 дню воздействия светодиодными источниками света и составила $289,01 \pm 11,11$ нмоль/л. Количество тиреотропного гормона, тироксина свободного, а также пролактина и тестостерона как к 15, так и 30 дню не превышали нормальных величин.

Выводы:

1. Повышение функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов, наблюдаемое при воздействии светодиодных источников света, свидетельствует об активации неспецифических клеточных иммунных реакций при высокой умственной нагрузке в условиях искусственного светодиодного освещения.
2. Наблюдаемое на нейрокертографических функциональных срезах головного мозга снижение альфа-волновой активности, а также повышение выработки гормона стресс-реализующей системы – кортизола свидетельствуют о неблагоприятном оптическом воздействии люминесцентных источников света на нейрофизиологические функции студентов-добровольцев.
3. Выявленные взаимосвязи между степенью изменения электроэнцефалографических показателей функционирования головного мозга, морфофункциональными параметрами активности нейтрофильных гранулоцитов, эндокринных реакций и видом воздействия различных источников света позволяют рассматривать иммунные, эндокринные и электроэнцефалографические нарушения в качестве прогностических маркеров неблагоприятного внешнего воздействия оптических факторов.

Литература

1. Амелькина, С.А. Разработка комплексной методики оценки влияния условий светодиодного освещения на состояние органа зрения и организма человека в целом / С.А. Амелькина, О.Е. Железникова, С.В. Кирюхина, Л.В. Синицына // Естественные и технические науки. – 2013. – №5 (67). – С. 249-257.
2. Батраков, А.В. Применение светодиодного излучения (470 нм) в комплексном лечении больных фурункулами лица: учебное пособие / А.В. Батраков, В.В. Кирьянова, А.В. Васильев. – СПб.: Человек, 2011. – 32 с.
3. Железникова, О.Е. К вопросу оценки психического и соматического статуса организма в условиях светодиодного освещения / О.Е. Железникова, С.В. Кирюхина, В.В. Пирнак // Научные труды SWorld. – 2014. – Т. 5, №4. – С. 8-12.
4. Кирюхина, С.В. Экспериментально-клиническое обоснование патогенетической фармакологической коррекции обсессивно-фобических, конверсионных, астенических расстройств: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук: 14.03.06, 14.01.06 / Кирюхина Светлана Владимировна. – Саранск, 2010. – 41 с.
5. Новиков, К.Н. Роль активных форм кислорода в биологических системах при воздействии факторов окружающей среды: автореф. дисс. д-ра биол. наук: 03.00.16, 03.00.02. / Новиков К.Н. – М., 2004. – 28 с.
6. Подсеваткин, В.Г. Влияние экспериментального стресса на морфофункциональные свойства нейтрофильных гранулоцитов в условиях терапии анксиолитиками и гипербарической оксигенацией / В.Г. Подсеваткин, С.В. Кирюхина // Морфология. – Т. 133, №4. – 2008. – С. 88.
7. Подсеваткин, В.Г. Динамика электроэнцефалографических показателей и морфофункциональных характеристик нейтрофилов под воздействием светодиодного освещения у пациентов с различными формами неврозов и студентов-добровольцев / В.Г. Подсеваткин, О.Е. Железникова, С.В. Кирюхина, Е.М. Гальцова // Морфологические ведомости. – 2013. – №4. – С. 57-68.
8. Подсеваткин, В.Г. Морфофункциональная характеристика нейтрофилов при экспериментальном стрессе и действии кислорода под повышенным давлением / В.Г. Подсеваткин, С.В. Кирюхина, В.П. Балашов // Морфологические ведомости. – 2006. – №3-4. – С. 51-54.
9. Подсеваткин, В.Г. Опыт применения мексидола в комплексной терапии конверсионного расстройства / В.Г. Подсеваткин, С.В. Кирюхина, Д.С. Блинов, С.В. Подсеваткина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, №4. – С. 75-77.
10. Подсеваткин, В.Г. Способ лечения подострого депрессивного реактивного психоза / В.Г. Подсеваткин, С.В. Кирюхина, С.В. Подсеваткина. – Патент № 2473345 от 27.01.2013 г. – Бюл. №3.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ И ФЕНОМЕН ГИПЕРЭХОГЕННОСТИ ЧЕРНОЙ СУБСТАНЦИИ

Раздорская В.В., Юдина Г.К.

СарГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Болезнь Паркинсона – тотально инвалидизирующее нейродегенеративное заболевание с частотой 100-250 случаев на 100 000 населения и максимумом распространённости 2-4% среди лиц старше 65 лет. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, сегодня в мире число больных болезнью Паркинсона (БП) уже превышает 6 млн. человек. Ежегодно ещё регистрируется более 300 тыс. новых случаев болезни. Нарастающая статистика распространённости БП тесно сопряжена с выживаемостью в данной группе, где за 10-20 лет умирают только 40-75% больных. И, что очень важно, >50% выживших требуют постоянного постороннего ухода за счет средств бюджета любой национальной системы здравоохранения и семей пациентов прежде всего, а это уже ставит болезнь Паркинсона в первый ряд не только медицинских, но и социально-экономических проблем. Поэтому сегодня даже в условиях симптоматической терапии болезнь Паркинсона обязательно подлежит ранней достоверной диагностике, а значит и своевременному лечению.

БП мультифакторное заболевание, обусловленное, с одной стороны, генетической предрасположенностью, с другой – возрастными изменениями и влиянием факторов окружающей среды [1]. А если ещё иметь в виду отсутствие специфических лабораторных маркеров и недоступность в большинстве случаев идеального, в определённом смысле, метода инструментальной диагностики дисфункции дофаминовых нейронов – ПЭТ или ОФЭКТ сканирования с флюородопой – становится ясно, почему диагноз БП до сих пор ставится на основании клинической картины.

Как известно, классические проявления БП затрагивают двигательную сферу. К ним относятся гипокинезия, ригидность, тремор покоя и постоуральная неустойчивость. Они составляют основу критериев клинической диагностики Банка головного мозга Британского общества по изучению болезни Паркинсона (1988), ставших золотым стандартом диагностики болезни. Однако для БП характерны и многообразные вегетативные, сенсорные и психические расстройства. Её дифференциальная диагностика предполагает исключение у больного вторичного паркинсонизма и заболеваний из группы паркинсонизм-плюс. В общей сложности около 20 заболеваний нервной системы проявляются синдромом паркинсонизма. Среди них из группы вторичного паркинсонизма – лекарственный, сосудистый, токсический, паркинсонизм при нормотензивной гидроцефалии. Паркинсонизм обязателен и при мультисистемных нейродегенеративных заболеваниях центральной нервной системы, так называемых «плюсовых» формах, таких как мультисистемная атрофия, прогрессирующий надъядерный паралич, деменция с тельцами Леви, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Гентингтона. Помимо них известны заболевания с клиническими проявлениями схожими с паркинсонизмом, которые часто объединяют в группу «псевдопаркинсонизма» и к которым относят эссенциальный тремор, апраксию ходьбы, истерию, депрессию. В конечном счете, существенная полинозологичность синдрома становится причиной нередких врачебных ошибок, и это несмотря на то, что болезнь Паркинсона составляет 70-80% всех случаев паркинсонизма. К примеру, зарубежом в специализированных центрах двигательных расстройств имеет место неоправданная диагностика данного заболевания в 20% случаев, либо диагноз ошибочно не выставляется в 10% случаев. Не лучше обстоят дела и у нас на амбулаторно-поликлиническом уровне, где неврологи допускают диагностические ошибки в 20% случаев, оставляя каждый десятый случай БП без предварительного диагноза. Ещё в российских реалиях значима и высокая среди заболевших необращаемость, достигающая 28%.

Преодоление сложившейся ситуации, равно как и успехи в доклинической диагностике БП, видятся неврологическому сообществу в широкомасштабном применении доступного неинвазивного метода оперативной визуализации глубинных структур головного мозга – транскраниальной сонографии [1-2].

Предварим изложение результатов собственных исследований в этом направлении кратким упоминанием о ведущем патоморфологическом субстрате болезни, обеспечивающим надежный инструментальный УЗ-отклик более чем у 95% пациентов.

Ключевой морфологический маркер БП – уменьшение количества дофаминпродуцирующих пигментных нейронов в компактной части черной субстанции среднего мозга с образованием в гибнущих клетках телец Леви – своеобразных «отпечатков пальцев» прошлого или настоящего пораженных нейронов. Патологический процесс сопровождается хронической дисфункцией дофаминергических путей, что собственно и приводит к развитию моторных проявлений синдрома паркинсонизма. Первым патоморфологический субстрат БП обнаружил выдающийся отечественный морфолог и невролог К.Н. Третьяков, который в 1919 году в докторской диссертации обосновал определяющую роль прогрессирующей дегенерации дофаминергических нейронов черной субстанции при паркинсонизме. Его основополагающая работа была высоко оценена современниками и удостоена серебряной медали Сорбонны. Много позже было показано, что дегенерация меланинсодержащих нейронов при БП ведет к потере этого пигмента и последующему высвобождению железа. В итоге, и без того более высокий в норме уровень железа в черной субстанции, по сравнению с другими отделами головного мозга и даже печени (главном депо железа в организме), возрастает ещё на 35%. Патологическое накопление железа последовательно вызывает увеличение продукции свободных радикалов, нарастание окислительного стресса и нарушение нормального функционирования нигральных нейронов. И тогда уже оформившийся ценою потери пигментных клеток пато-

морфологический субстрат болезни наряду с аномально высоким содержанием железа становится первопричиной феномена гиперэхогенности черной субстанции. Определяющая роль железа в формировании гиперэхогенности черной субстанции доказана на крысах в 1999 г., а связь УЗ-сигнала с повышенным содержанием железа подтверждена неоднократно в постмортальных исследованиях. Транскраниальная сонография через акустическое окно височной кости визуализирует черную субстанцию в форме бабочки с референтной областью гиперэхогенности $\geq 0,20$ см² хотя бы с одной стороны при БП. Как оказалось, повышение эхогенности в области черной субстанции – характерный признак гибели нейронов в ней, который не связан с числом сохранившихся нейронов, её объемом и не отражает компенсационные возможности самой структуры. Площадь гиперэхогенности черной субстанции не меняется и остается стабильной на протяжении заболевания, несмотря на клиническое ухудшение и прогрессирование процесса от начальных стадий до тяжелой инвалидизации. Гиперэхогенность черной субстанции у пациентов с БП выявляется как с гомолатеральной, так и с контралатеральной стороны, и не коррелирует с клинически доминирующей стороной заболевания. Согласно рекомендациям 2013-го года Европейской федерации неврологических обществ и Европейской секции Общества двигательных расстройств, методике транскраниальной сонографии присвоен высший уровень доказательности А в дифференциальной диагностике болезни Паркинсона с атипичным и вторичным паркинсонизмом, в ранней диагностике болезни Паркинсона и в выявлении лиц, имеющих высокий риск развития данного заболевания [1-2].

Нами выполнена транскраниальная сонография черной субстанции у 67 пациентов с БП. Среди них преобладали больные ≥ 60 лет (64,0%) и женщины – 61,2% (41/67). Заболевание дебютировало в интервале 36-80 лет (медиана 58), причем 80% пациентов заболели в возрасте ≥ 50 лет. В обследуемой когорте БП была представлена всего лишь двумя формами: дрожательно-ригидной (54 пациента) и акинетико-ригидной (13 пациентов). Большинство больных когорты находилось на ранних стадиях болезни (по Хен и Яру): 12 – на I стадии и 44 – на II стадии. Гиперэхогенность черной субстанции выявлена у 65 (97,0%) пациентов, кроме двух человек, что укладывается в референтный предел чувствительности метода.

Методом главных компонент, преимущества и основные алгоритмы которого неоднократно описаны ранее, анализировалась структура пространства УЗ-переменных в зависимости от каждого из демографических и клинических факторов по отдельности.

В результате анализа установлена конгруэнтность структуры пространства УЗ-переменных независимо от нагрузочного фактора. Отсюда следует, что гиперэхогенность базальных ганглиев – стабильный маркер определенного физико-химического состояния области черной субстанции, связанного с наличием БП, но не индикатор формы и тяжести болезни, который мог бы быть использован для оценки степени нейродегенерации.

При выборе возраста/дебюта в качестве нагрузочного фактора против совокупного пространства оставшихся демографических показателей, клинических признаков и УЗ-переменных возможно разделение пациентов методом главных компонент на значимые группы с ранним до 45-50 лет дебютом БП и поздней манифестацией после 50 лет. При этом группа с ранней БП показывает устойчивые корреляционные связи площади гиперэхогенности черной субстанции с возрастом на момент исследования, длительностью заболевания, тяжестью состояния по шкале Хен и Яра. Такое разделение предполагает существенное различие в механизмах развития и прогрессирования этих возрастных вариантов первичного паркинсонизма. И если в последнем случае очевидно влияние возрастных изменений и факторов окружающей среды, т.е. БП здесь имеет преимущественно спорадический характер, то в первом – по-видимому, во многом определяется генетической конституцией больных.

В заключение, подводя итог, попробуем обобщить, следуя литературным источникам [1-3] и собственным результатам: феномен гиперэхогенности черной субстанции – стабильный индикатор «нигрального неблагополучия» – определенного неблагоприятного фона, не отражающего прогрессирующую гибель клеток, но указывающего на наличие паркинсонического патологического процесса. Иными словами феномен гиперэхогенности черной субстанции наиболее удобный, чувствительный, специфичный и валидированный биомаркер БП.

Литература

1. Иллариошкин, С.Н. Транскраниальная сонография при экстрапирамидных заболеваниях / С.Н. Иллариошкин, А.О. Четчин, Е.Ю. Федотова. – М.: ООО «АТМО», 2014. – 176 с.
2. Pilotto, A. Developments in the role of transcranial sonography for the differential diagnosis of parkinsonism / A. Pilotto, R. Yilmaz, D. Berg // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* – 2015. – Vol. 15, N7. – P. 43-52.
3. *Transcranial Sonography in Movement Disorders* / Ed. by D. Berg, U. Walter, 1st ed. – Academic Press. – 2010. – 344 p.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ (КОНЦЕПЦИЯ ПРЕСБИОСТАЗИСА)

Самарцев И.Н., Живолупов С.А., Бодрова Т.В., Рашидов Н.А., Бардаков С.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: В настоящее время под термином «головокружение» понимают большую группу симптомов, включающих как ощущение падения, иллюзорного вращения предметов перед глазами (т.н. системное головокружение или вертиго), так и нарушение пространственной ориентации, неустойчивость, «туман» в голове (несистемное головокружение). Частота встречаемости этих симптомов у пациентов до 60 лет составляет 30%, а старше 85 лет – около 50% [5].

Важно отметить, что жалоба на головокружение у людей старшей возрастной группы является объективным предиктором падений. Более того, выявление у данной категории лиц статических нарушений при неврологическом обследовании ассоциировано с увеличением риска переломов бедренной кости и костей запястья [5].

В большинстве случаев в основе головокружения у пожилых пациентов лежат доброкачественные статические нарушения. Однако следует отметить, что в данной категории больных «классические» причины данного состояния могут манифестировать крайне неспецифично, а клиническая картина может разительно отличаться от таковой, наблюдаемой у больных молодого возраста. В основе этого факта лежат прогрессирующие мультимодальные сенсорные нарушения, включающие дисфункцию вестибулярной, зрительной и проприоцептивной систем, а также ассоциированное с возрастом угнетение центральной интеграции всех сенсорных стимулов, необходимых для поддержания равновесия, т.н. пресбиостази́с.

С другой стороны, у ряда пожилых пациентов, страдающих головокружением, в основе его развития лежит серьезное, угрожающее жизни заболевание. И здесь, в первую очередь, необходимо помнить об инсульте, риск развития которого, как известно, увеличивается с возрастом.

Патофизиология головокружения: Возрастные дегенеративные процессы неизбежно затрагивают и структуры, ответственные за поддержание равновесия тела: рецепторы вестибулярного аппарата, нейроны вестибулярных ядер и ассоциированных с ними клетки в проекционных центрах головного мозга, мозжечок, системы зрительного и проприоцептивного контроля. Установлено, что с возрастом происходит как снижение количества волосковых клеток в лабиринте, так и уменьшение числа волокон в вестибулярных нервах. При этом наиболее выраженные изменения происходят в полукружных каналах, менее значимые – в саккулусе и совсем незначительные в утрикулусе. Кроме того, у пожилых людей наблюдается снижение динамической остроты зрения вследствие нарушения согласованных движений глазных яблок и головы [1].

Несмотря на то, что симптомы «острой» вестибулопатии могут быть стертыми или вовсе отсутствовать, статические нарушения у пациентов старшей возрастной группы чаще всего выражены достаточно четко. Кроме того, у лиц пожилого возраста значительно снижен нейропластический потенциал, необходимый для восстановления контроля над поддержанием равновесия после, например, вестибулярного нейронита или приступа ДППГ. В основе этого лежит, в частности, дегенерация нейрональных центров, ответственных за поддержание равновесия и координацию движений. Например, в норме у лиц пожилого возраста наблюдается снижение плотности нейронов в медиальном вестибулярном ядре, играющим важную роль в компенсации вестибулярных нарушений за счет активизации комиссуральных волокон [2]. Также установлено, что каждые 10 лет в течение жизни в мозжечке человека уменьшается количества клеток Пуркинье примерно на 2,5%. Возрастные дегенеративные процессы затрагивают также и структуры, ответственные за мышечно-суставное чувство: повышается порог ощущения вибрации, тактильных и дискриминационных раздражений, стереогноза, локализации. Также отмечается «старение» системы визуального контроля – нарушение аккомодации, стереоскопического зрения, способности подавлять нистагм фиксацией взора; в то же самое время увеличивается латентность саккад и снижается скорость следящих движений глазных яблок.

В целом, для поддержания равновесия головной мозг использует всю доступную сенсорную информацию: зрительную, вестибулярную, проприоцептивную и даже слуховую. Полученные данные анализируются в нейрональных центрах различной подчиненности и формируют соответствующий двигательный ответ.

Дифференциальная диагностика: Постановка правильного диагноза у пожилых пациентов, предъявляющих жалобы на головокружение, представляется весьма серьезной проблемой даже для искушенных клиницистов. Проблемы могут возникнуть уже на этапе сбора анамнеза заболевания. Согласно данным ряда исследований более половины больных пожилого возраста не могут четко сформулировать симптомы своего состояния, сообщают противоречивые сведения [6].

Все пациентам необходимо проводить тщательное обследование с применением специальных инструментальных методов. Нарушение функции любого из трех полукружных каналов можно оценить с помощью видео теста импульсного движения головы (вТИГ), который позволяет объективно количественно произвести диагностику ВОР. При исследовании глазных или шейных вестибулярных миогенных вызванных потенциалов (ВМВП) можно получить информацию о функции утрикулуса и саккулуса, причем независимо друг от друга. Большое значение имеет исследование пациентов при помощи компьютерной динамической постурографии.

Нельзя однако забывать, что существуют достаточно эффективные скрининговые методики клинической диагностики головокружения у постели больного. К ним относятся: ТИГ, субъективный визуальный вертикальный тест (СВВТ), проба Ромберга и Фукуда, оценка динамической остроты зрения, исследование на постуральную неустойчивость (тилт-тест или его аналоги), анализ мышечно-суставного чувства (в том числе вибрационной чувствительности с помощью камертона).

В том случае, когда у пациента пожилого возраста развивается острое системное или несистемное головокружение всегда необходимо исключать острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ). Одним из самых эффективных высоко чувствительных и специфичных клинических тестов при таких состояниях, позволяющих провести дифференциальную диагностику инсульта у постели больного, служит т.н. протокол HINTS, включающий оценку ТИГ (HI, head impulse test), нистагма (N, nystagmus) и теста вертикальной девиации глаз (TS, test of skew). По данным ряда исследований эта трёхступенчатая оценка движений глазных яблок оказывается более чувствительной для диагностики ОНМК в остром периоде, чем даже МРТ головного мозга, поскольку при инсульте в ВББ МРТ исследование может дать ложно отрицательный результат, кроме того, томография не всегда доступна при неотложных состояниях [6].

Также пожилым пациентам с жалобами на любой вариант головокружения необходимо проводить позиционные пробы для исключения ДППГ, поскольку по данным статистических исследований, ДППГ является причиной головокружения каждого третьего пациента старшей возрастной группы [3].

Этиология: У пожилых людей частота встречаемости заболеваний, которые манифестируют головокружением в любом возрасте, значительно выше чем у молодых. Это можно объяснить с одной стороны тем, что с течением времени риск заболеть чем-либо увеличивается сам по себе, а с другой – тем фактом, что возрастные изменения в структурах, отвечающих за статическую функцию, делают их более восприимчивыми к развитию различной патологии. Основные причины головокружения у пожилых представлены в таблице 1.

Лечение: Лечение головокружения у лиц пожилого возраста имеет некоторые особенности (рис. 1). Всегда необходимо иметь в виду возможность наличия ДППГ, даже при отсутствии классических признаков заболевания. В сомнительных случаях возможно проведение неспецифических маневров для репозиции отолитов (например, по методике Брандт-Дароффа) ex juvantibus.

Таблица 1.

Этиологические факторы головокружения у лиц пожилого возраста.

Периферические вестибулярные нарушения	- ДППГ - Вестибулярный нейронит - Билатеральная вестибулопатия - Болезнь Меньера (поздний дебют) - Лабиринтит - Окклюзия передней вестибулярной артерии
Поражения структур ЦНС	- Вестибулярная мигрень - Транзиторная ишемическая атака в ВББ - ОНМК в ВББ - Нейродегенеративные заболевания
Кардиоваскулярные причины	- Аритмии - Постуральная гипотензия - Пороки клапанов сердца - Хроническая сердечная недостаточность
Лекарственно обусловленное головокружение	- Антигипертензивные - Бензодиазепины - Гипнотики - Анксиолитики - Антиконвульсанты
Мультиמודальные статические нарушения	- Пресбиостазис
Другие причины	- Злокачественные новообразования (прежде всего молочной железы и простаты) - Фобическое постуральное головокружение и другие формы психогенного головокружения - Нарушение проприоцепции (полиневропатии)

В острых случаях необходимо исключение ОНМК в ВББ согласно протоколу HINTS. Использование вестибулярных супрессантов (например, бетагистина) в терапии пациентов с головокружением должно быть ограничено по времени (по нашему мнению, не более 2 недель) поскольку они отрицательно влияют на нейропластичность, значительно замедляя развитие центральных компенсаторных процессов [8].

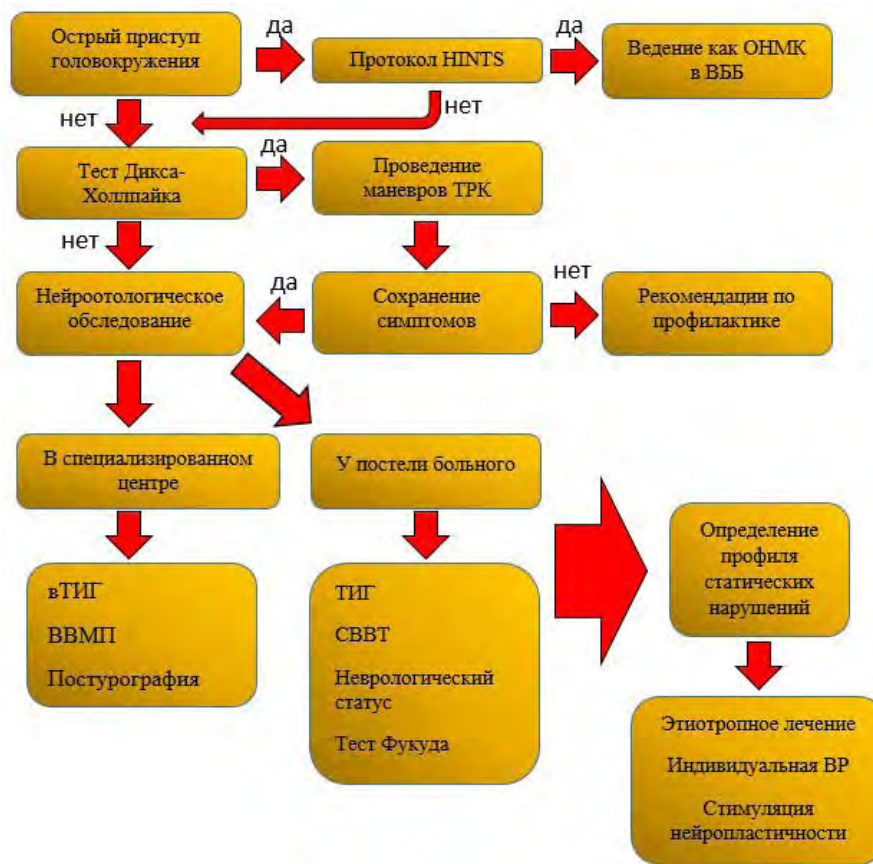


Рис. 1. Принципиальный алгоритм ведения пациентов пожилого возраста с жалобами на головокружение.

ТИГ – тест импульсного движения головы, ВВМП – вестибулярные миогенные вызванные потенциалы,

ССВТ – субъективный визуальный вертикальный тест, ТРК – техника репозиции канала,

ОНМК в ВББ – острое нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне.

HINTS – оценка ТИГ (HI, head impulse test), нистагма (N, nystagmus) и теста вертикальной девиации глаз (TS, test of skew).

В настоящий момент общепризнанным подходом в лечении пациентов с острым приступом головокружения является как можно более раннее использование упражнений вестибулярной реабилитации (ВР). Несмотря на свою простоту ВР является мощным индуктором развития нейропластических процессов в головном мозге с формированием устойчивых компенсаторных систем, обеспечивающих максимально эффективную компенсацию статических нарушений на основе трех принципов: адаптации (ремоделирование нейрональных связей, ответственных за ВОР), замещения (усиление роли «невестибулярных» сенсорных сигналов в сохранении статического контроля), привыкания (увеличение порога для сенсорных раздражителей) [4].

В последнее время для реабилитации пациентов с головокружением появились новые методики, основанные на использовании специальных портативных аппаратов. Они позволяют с помощью тактильных или звуковых сигналов предупредить человека о потере равновесия, создавая, таким образом, еще одну систему статического контроля. Предполагается их использование как в режиме кратковременного воздействия (периодические «тренировки»), так и на постоянной основе. К последним относятся вестибулярные импланты, разработанные на подобие кохлеарных имплантов.

Заключение: Дифференциальная диагностика и лечение головокружения у пациентов пожилого возраста остается достаточно сложной междисциплинарной проблемой. В основе развития данной патологии в большинстве случаев лежит возрастные изменения в системе поддержания статического контроля – пресбиостазис. Диагностический поиск должен включать раздельное исследование всех систем, ответственных за статический контроль: вестибулярной, зрительной, проприорецепции и мозжечка. Всегда необходимо иметь в виду возможность наличия у пациентов данной группы ДППГ (как наиболее частой патологии) и ОНМК (как наиболее тяжелого заболевания).

В настоящее время возможно проведение комплексного клинического и инструментального обследования пациентов с головокружением, позволяющего оценить все звенья системы статического контроля, с возможностью планирования таргетной терапии. Всем пациентам вне зависимости от этиологии заболевания показано назначение упражнений ВР. В случае пресбиостазиса регулярное выполнения комплекса упражнений ВР будет способствовать улучшению. При прогрессировании головокружения или отсутствии положительной динамики от ВР необходимо дальнейшее обследование пациента в поиске альтернативного диагноза.

Литература

1. Живолупов, С.А. Головокружение в неврологии / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев. – М., 2014. – 208 с.
2. Alvarez, J.C. Neuronal loss in human medial vestibular nucleus / J.C. Alvarez, C. Diaz, C. Subrez [et al.] // *Anat. Rec.* – 1998. – Vol. 251. – P. 431-438.
3. Batuecas-Caletrio, A. Benign paroxysmal positional vertigo in the elderly / A. Batuecas-Caletrio, G. Trinidad-Ruiz, C. Zschaeck [et al.] // *Gerontology.* – 2013. – Vol. 59. – P. 408-412.
4. Deveze, A. Vestibular compensation and vestibular rehabilitation. Current concepts and new trends / A. Deveze, L. Bernard-De-manze, F. Xavier [et al.] // *Neurophysiol. Clin.* – 2014. – Vol. 44. – P. 49-57.
5. Fernández, L. Vertigo and dizziness in the elderly / L. Fernández, H. Breinbauer, P. Delano // *Front. Neurol.* – 2015. – Vol. 6. – P. 144.
6. Kattah, J.C. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging / J.C. Kattah, A.V. Talkad, D.Z. Wang [et al.] // *Stroke.* – 2009. – Vol. 40. – P. 3504-3510.
7. Newman-Toker, D.E. Imprecision in patient reports of dizziness symptom quality: a cross-sectional study conducted in an acute care setting / D.E. Newman-Toker, L.M. Cannon, M.E. Stofferahn [et al.] // *Mayo Clin. Proc.* – 2007. – Vol. 82. – P. 1329-1340.
8. Strupp, M. Vestibular neuritis / M. Strupp, T. Brandt // *Semin. Neurol.* – 2009. – Vol. 29. – P. 509-519.
9. Strupp, M. Methylprednisolone, valacyclovir or the combination for vestibular neuritis / M. Strupp, V. Zingler, V. Arbusow [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 351. – P. 354-359.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Стецура Я.А., Салина Е.А., Кузнецова Е.Б., Крутцов А.С.

СарГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Введение: Хронические вертеброгенные болевые синдромы представляют важнейшую медико-социальную проблему, поскольку являются одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, имеют широкую распространенность и серьезные последствия для состояния здоровья и социальной адаптации [1].

Боль в спине с точки зрения патогенетических механизмов включает ноцицептивный, нейропатический и дисфункциональный компоненты. Ноцицептивная боль обусловлена непосредственным повреждением тканей и активации периферических болевых рецепторов, нейропатическая боль наблюдается при повреждении соматосенсорной системы. Основными факторами, способствующими развитию дисфункциональной боли, являются психологические, социальные проблемы и эмоциональный стресс [2, 3].

Хронические вертеброгенные заболевания нервной системы отличаются полиморфизмом клинической картины. Болевой синдром часто сопровождается мышечно-тоническим напряжением в области поражения, отмечаются психоэмоциональные расстройства, при вовлечения корешка могут наблюдаться различные сенсорные, вегетативные нарушения, а также периферические парезы и тазовые расстройства [3, 4].

Многокомпонентность болевого синдрома, гетерогенность клинической картины обуславливают сложности терапии. Актуальным представляется поиск новых направлений комплексного воздействия на различные звенья патогенеза уданной категории пациентов.

Целью исследования являлась оценка эффективности когнитивно-поведенческой терапии у пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом.

Материалы и методы: Проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование и лечение 90 пациентов (50 женщин и 40 мужчин) в возрасте от 21 до 65 лет (средний возраст 43 года) с хроническим вертеброгенным болевым синдромом (средняя продолжительность заболевания 9,3 месяца).

Пациенты были разделены на основную группу (ОГ) – 47 человек и группу сравнения (ГС) – 43 человека. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания. В ходе исследования осуществлялась динамическая оценка неврологического статуса, болевого синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), анализ качества жизни по шкале Роланда-Морриса (RMS). Лечение включало стандартную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты, комплекс витаминов группы В, миорелаксанты, физиотерапевтическое лечение, ЛФК. Дополнительно больные ОГ получали психотерапевтическое лечение: обучение способам саморегуляции, релаксационно-суггестивные сеансы, обучение методам релаксации и направленной визуализации, методики телесной психотерапии.

Результаты исследования: У всех пациентов при первичном осмотре отмечался умеренный болевой синдром, средний балл по шкале ВАШ составил 5,35. Неврологический статус был представлен мышечно-тоническим синдромом, который проявлялся напряжением длинных мышц спины, сглаженностью поясничного лордоза. Выявлялась болезненность при пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков позвоночника. В 23% случаев наблюдался корешковый синдром в виде нарушения болевой и температурной чувствительности, симптомов натяжения и угнетения коленного, ахиллова рефлексов.

При оценке качества жизни наблюдалось снижение показателей по опроснику Роланда-Морриса у 63,2% пациентов ОГ и в 61,51% случаев в ГС. Пациенты демонстрировали низкую мотивацию в повседневной жизни, ограничение двигательной активности, снижение работоспособности, нарушение сна, раздражительность.

На фоне проводимой терапии в ОГ уменьшение болевого синдрома на 3-й день лечения определялось у 27,1% пациентов, в ГС – у 17,7% больных. На 8-й день наблюдения отмечалась положительная динамика в виде снижения интенсивности боли у 73,4% пациентов в ОГ, у 56,3% – в ГС. Средний балл по ВАШ составил 3,9 в ОГ и 4,4 в ГС. Регресс неврологической симптоматики был выявлен как в ОГ, так и в ГС в виде уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома, симптомов натяжения. Однако расстройства чувствительности, разница рефлексов оставались прежней степени выраженности.

Отмечалось улучшение показателей качества жизни согласно опроснику Роланда-Морриса на 8 день терапии, преимущественно у больных ОГ (38,5%), тогда как в ГС всего 24,3%. Пациенты ОГ стали более активны, изменился двигательный стереотип, расширился режим, уменьшился тревожный компонент, нормализовался сон, повысилась работоспособность. У женщин ОГ при проведении когнитивно-поведенческой терапии наблюдалась более отчетливая положительная динамика уже на 3-й день лечения, в то время как у мужчин этой группы заметный эффект наступил на 5-й день. В ОГ лучшие результаты были у пациентов с хроническим болевым синдромом, длительностью не более 3 месяцев.

Заключение: В результате исследования установлено, что у пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом когнитивно-поведенческая терапия в сочетании со стандартным лечением приводит к более раннему купированию болевого синдрома и стабилизации психо-эмоционального статуса. При общей оценке эффекта лечения было выявлено превалирование положительных результатов в группе, получавшей психотерапев-

тические процедуры. Когнитивно-поведенческая терапия может считаться действенным и безопасным способом купирования боли в дополнении к основному лечению, что способствует повышению эффективности медикаментозной терапии и обеспечивает улучшение показателей качества жизни.

Литература

1. Скоромец, А.А. Нервные болезни / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 551 с.
2. Заболевания периферической нервной системы / Под. ред. Я.Ю. Попелянского. – М.: Медицина, 1989. – 464 с.
3. Веселовский, В.П. Клиническая классификация вертебро-неврологических синдромов / В.П. Веселовский. – Казань, 1995. – 144 с.
4. Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.: Медицина, 2003. – 437 с.

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МИКРО- И МАКРОАНГИОПАТИИ

Тихомирова О.В., Бобко О.В., Полонский Е.Л., Серебрякова С.В., Зыбина Н.Н.

ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург

Распространенность синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) составляет в среднем 22% (диапазон 9-37%) среди мужчин и 17% (диапазон 4-50%) среди женщин по данным 11 популяционных исследований, опубликованных с 1993 по 2013 гг. [1]. Выявлена отчетливая закономерность постоянного увеличения распространенности СОАС. Одной из основных причин такого роста является увеличение населения с избыточным весом, так как ожирение является одной из основных причин нарушений дыхания во сне, а распространенность СОАС среди пациентов с индексом массы тела более 28 составляет 41% [2]. СОАС значительно повышает риск развития гипертонической болезни, аритмий, инсульта, инфаркта миокарда и смерти от сердечно-сосудистых причин [3]. В ряде исследований показана зависимость между СОАС и различными компонентами метаболического синдрома [4]. Высказывается предположение, что ремитирующая гипоксия ассоциированная с СОАС, определяет активацию свободнорадикального окисления, неспецифического воспаления и гиперактивность симпатической нервной системы, что приводит к поражению сосудистой стенки и развитию сердечно-сосудистых заболеваний [5]. Ряд исследований доказывают влияние ремитирующей гипоксии на развитие атеросклероза, однако сведения о параметрах сатурации, определяющих прогрессирование атеросклероза противоречивы [6, 7, 8].

После широкого внедрения в клиническую практику магнитно-резонансной томографии (МРТ), была выявлена высокая распространенность поражения белого вещества головного мозга (ГМ), в виде гиперинтенсивных на T1RM и T2 ВИ очагов глиоза, в субкортикальных, перивентрикулярных и глубоких отделах полушарий у лиц, не имеющих неврологической симптоматики и без транзиторной ишемической атаки или инсульта в анамнезе. Подобные изменения часто называют «молчащими» или «немыми» инфарктами, так как они не имеют клинически явных симптомов, в тоже время значительно увеличивают риск инсульта и деменции в последующем. Доказанными факторами риска развития немых инфарктов являются возраст, артериальная гипертензия, сахарный диабет. Предполагают, что СОАС также может быть значимым фактором риска развития «немых» инфарктов, однако исследования определяющие роль СОАС в развитии «немых» инфарктов крайне малочисленны [10].

Цель исследования: определить значимость синдрома обструктивного апноэ и гипоксии, связанной с нарушениями дыхания во сне, с макро- и микроангиопатией у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы: Обследовано 68 мужчин в возрасте 43-88 лет (67,1±9,04) последовательно поступивших в отделение неврологии с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия.

Всем пациентам проводилось ночное полисомнографическое исследование в условиях лаборатории сна на приборе «Nicolet one» с регистрацией электроэнцефалограммы в 6 отведениях, электроокулограммы, электромиограммы, положения тела в постели, ороназального потока воздуха, дыхательных движений брюшной и грудной стенок, уровня насыщения крови кислородом (сатурации) и ЭКГ. По результатам полисомнографии оценивали индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ), средний уровень сатурации (SpO₂) и длительность гипоксии, которую рассчитывали как суммарное время в течение ночного сна в минутах, когда сатурация снижалась ниже 90%.

Лабораторная диагностика включала оценку липидного обмена, глюкозы, инсулина, скорости клубочковой фильтрации, ультрачувствительного С-реактивного белка (hsCRP), и проводилась на биохимическом анализаторе «Unicel DxС600» (Beckman Coulter, США), иммунохемилюминесцентном анализаторе «Immulite 2000» (Siemens, Германия).

По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, с помощью ультразвуковой диагностической системы «Acuson X300 Premium Edition» фирмы «Siemens» (Германия), оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общих сонных артерий, наличие атеросклеротических бляшек (АСБ) и степень стеноза сосуда, при их наличии.

МРТ головного мозга проводили на аппарате «Magnetom Verio» фирмы «Siemens» с напряженностью магнитного поля 3 Тесла. Стандартное обследование проходило с использованием T1 и T2 ВИ в трех плоскостях и тяжело-взвешенных по T2 в аксиальной плоскости (T1RM), на которых определяли наличие и количество очагов сосудистого генеза и их размеры.

Результаты: На основании полисомнографического исследования были выделены 2 группы пациентов в зависимости от наличия апноэ: 1-я группа без апноэ (ИАГ<5) составили 39 человек (57%). Во 2-ю группу были включены 29 пациентов с апноэ, при этом СОАС легкой степени (5≤ИАГ<15) выявлен у 15 человек (22%), СОАС средней степени (15≤ИАГ<30) у 10 человек (15%), СОАС тяжелой степени (ИАГ ≥ 30) у 4 (6%) человек. Повышенная масса тела выявлена у 46 (82%) пациентов. Выделенные группы не отличались по индексу массы тела, но абдоминальное ожирение было более значимо у пациентов с апноэ (табл.1). Была проведена оценка распространенности основных сердечно-сосудистых заболеваний в выделенных группах. В 1-й группе перенесенные ранее инсульты были у 7 (18%) пациентов, инфаркт миокарда у 6 (15%), во 2 группе инсульты у 4 (14%), инфаркты миокарда у 4 (14%) пациентов. Артериальная гипертензия имела место у 31 (79%) пациента в 1 группе и у 26 (87%) во 2 группе (P>0,05). Таким образом, выделенные группы не отличались по распространенности основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Оценка наличия снижения сатурации ниже 90% показала ее широкую распространенность не только у пациентов с апноэ, но и при отсутствии апноэ. В 1-й группе снижение сатурации ниже 90% общей длительностью до 5 минут выявлено у 8 (20,5%) обследованных, а у 14 (35,9%) пациентов суммарное время гипоксии было >5 минут, что можно объяснить наличием у данной группы пациентов гиповентиляции на фоне ожирения. У пациентов с апноэ в целом выраженность гипоксии была более значима: у 10 (34,5%) суммарное время гипоксии было до 5 минут, у 14 (48,3%) длительность гипоксии составила больше 5 минут.

В целом по группе повышение коэффициента атерогенности было выявлено в 75%, общего холестерина в 22%, холестерина липопротеидов низкой плотности в 24% случаев. Достоверных различий по показателям углеводного и липидного обмена в обследованных группах получено не было. В тоже время пациенты с апноэ характеризовались более низкой скоростью клубочковой фильтрации и повышением hsCRP (табл. 1).

Утолщение КИМ (>0,9мм) выявлено у 42 (62%), наличие АСБ у 41 (60%) пациента, при этом различий в распространенности и выраженности атеросклеротического поражения у пациентов с апноэ и без апноэ выявлено не было.

Анализ наличия мелкоочагового поражения белого вещества головного мозга показал широкую распространенность лакунарных инфарктов в обеих группах пациентов. В то же время, количество немых лакунарных инфарктов было значимо больше в 2 группе по сравнению с 1-ой (табл.1). Была выявлена значимая корреляция между ИАГ и распространенностью лакунарных инфарктов ($r = 0,37, p < 0,01$).

Таблица 1.

Факторы сосудистого риска в зависимости от наличия/отсутствия синдрома обструктивного апноэ во сне

Показатели	Индекс апноэ/гипноэ < 5 Ме [LQ-UQ]	Индекс апноэ/гипноэ ≥ 5 Ме [LQ-UQ]	P
Возраст, лет	65 [61-75]	67 [64-74]	0,15
Индекс массы тела	26 [24-30]	28 [25-33]	0,30
Окружность талии, см	95 [90-104]	102 [94-108]	0,06
Глюкоза, ммоль/л	4,6 [4,5-5,0]	4,8 [4,6-5,1]	0,42
Инсулин, мМЕ/мл	6,3 [5,2-10,2]	8,1 [4,9-10,5]	0,97
hsCRP, мг/л	1,4 [0,6-3,0]	2,8 [1,1-4,6]	0,05
Скорость клубочковой фильтрации	94 [75-96]	82 [73-91]	0,02
Коэффициент атерогенности	4,0 [3,4-4,8]	3,7 [2,7-4,8]	0,89
Толщина КИМ, мм	1,0 [0,8-1,2]	1,0 [0,8-1,2]	0,71
Количество атеросклеротических бляшек в сонных артериях	1,0 [0-1]	1,5 [0-2]	0,18
Количество немых лакунарных инфарктов	7 [5-15]	15 [7-15]	0,01
Время гипоксии, мин	1,5 [0-12,5]	5,0 [1-30]	0,06

Обсуждение результатов: В нашем исследовании распространенность СОАС среди мужчин с ДЭ составила 43%, что еще раз подтверждает коморбидность нарушений дыхания во сне и цереброваскулярных заболеваний. Следует подчеркнуть, что среди пациентов 2 группы, СОАС легкой и средней степени тяжести был диагностирован в 86% случаев, поэтому полученные выводы нельзя распространять на более тяжелое течение СОАС. В тоже время, важно, что даже при апноэ легкой и среднетяжелой степени было выявлено значимое влияние гипоксии на развитие цереброваскулярных заболеваний. Высоко достоверные различия по количеству немых инфарктов в выделенных группах и отсутствие значимых различий по изменению КИМ и выраженности атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий, позволяют предполагать, что влияние умеренной гипоксии в первую очередь приводит к микроангиопатии. Этот вывод подтверждается также достоверно более низкими значениями скорости клубочковой фильтрации у пациентов с апноэ. Увеличение hsCRP у пациентов с легкой и среднетяжелой апноэ подтверждает значимость воспаления в патогенезе сосудистых нарушений уже при легкой и среднетяжелой степени СОАС. Наши данные не подтверждают имеющиеся в литературе сведения о влиянии СОАС на утолщение КИМ и развитие атеросклероза [6, 7], что возможно связано с малым количеством пациентов с тяжелым апноэ в нашем исследовании.

Заключение: Результаты проведенного исследования показывают, что синдром обструктивного апноэ сна и сопутствующая ему ремитирующая гипоксия оказывают значимое влияние на развитие микроангиопатии и мелкоочагового сосудистого поражения головного мозга. Влияния синдрома обструктивного апноэ легкой и умеренной степени выраженности на развитие атеросклеротического поражения сонных артерий выявлено не было.

Литература

1. Franklin, K.A. Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population – a review on the epidemiology of sleep apnea / K.A. Franklin, E. Lindberg // *J. Thorac Dis.* -2015. – Vol. 7, N8. – P. 1311-1122.
2. Garvey, J.F. Epidemiological aspects of obstructive sleep apnea / J.F. Garvey, M.F. Pengo, P. Drakatos, B.D. Kent // *J. Thorac. Dis.* – 2015. – Vol. 7, N5. – P. 920-929.
3. Baguet, J.P. Mechanisms of cardiac dysfunction in obstructive sleep apnea / J.P. Baguet, G. Barone-Rochette, R. Tamisier [et al.] // *Nat. Rev. Cardiol.* – 2012. – Vol. 9. – P. 679-688.
4. Levy, P. Sleep, sleep-disordered breathing and metabolic consequences / P. Levy, M.R. Bonsignore, J. Eckel // *Eur. Respir. J.* – 2009. – Vol. 34. – P. 243-260.
5. Lavie, L. Molecular mechanisms of disease in OSAHS: the oxidative stress link / L. Lavie, P. Lavie // *Eur. Respir. J.* – 2009. – Vol. 33. – P. 1467-1484.
6. Baguer, J.P. The severity of oxygen desaturation is predictive of carotid wall thickening and plaque occurrence / J.P. Baguer, L. Hammer, P. Levy [et al.] // *Chest.* – 2005. – Vol. 128. – P. 3407-3412.
7. Gunnarsson, S.I. Minimal nocturnal oxygen saturation predicts future subclinical carotid atherosclerosis: the Wisconsin sleep cohort / S.I. Gunnarsson, P.E. Peppard, C.T. Korcarz [et al.] // *J. Sleep Res.* – 2015.
8. Nadeem, R. Patients with obstructive sleep apnea display increased carotid intima media: a meta-analysis / R. Nadeem, M. Harvey, M. Singh [et al.] // *Int. J. Vasc. Med.* – 2013.
9. Fanning, J.P. The epidemiology of silent brain infarction: a systematic review of population-based cohorts / J.P. Fanning, A.A. Wong, J.F. Fraser // *BMC Med.* – 2010. – Vol. 12. – P. 119.
10. Cho, E.R. Obstructive sleep apnea as a risk factor for silent cerebral infarction / E.R. Cho, H. Kim, H.S. Seo // *I. Sleep Res.* – 2013. – Vol. 22, N4. – P. 452-458.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ПАДЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Харисова Э.М., Хох И.Р., Ахмадеева Л.Р.

Башкирский ГМУ, Башкирский ГУ, г. Уфа

Введение: Интерес современных авторов к пожилому и старческому возрасту повышается в связи с продолжением активного обсуждения научным сообществом проблемы «успешного старения». Набор тактик совладающего поведения с трудностями различного порядка наиболее практикоориентирован в реабилитационной работе с пациентами указанной возрастной группы [3].

Копинг-стратегии (стратегии совладающего поведения) – широкое понятие с длинной и сложной историей [Comras et al., 2001]. Понятие копингов впервые было введено Р. Лазарусом и С. Фолкман в рамках транзактной модели стресса. Согласно этой модели, стресс и переживаемые эмоции являются результатом взаимодействия средовых процессов и человека. Относительный смысл эмоции (угроза, потеря, брошенный вызов, выгода) зависит как от контекста, так и от оценки ситуации человеком и взаимодействия этих двух факторов, так называемого «потока действий и реакций» [1].

Копинг-стратегия – осознанное, рациональное, адаптивное поведение, направленное на устранение или психологическое преодоление критической ситуации. Копинг является переменной, зависящей от трех факторов – личности субъекта, реальной ситуации и условий социальной поддержки и может проявляться на поведенческом, эмоциональном и познавательных уровнях функционирования личности. На специфику преодоления личности с ситуацией влияют пол, возраст, социальный опыт, принадлежность к определенному социуму. Психологическая значимость копинга заключается в том, чтобы эффективно адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя овладеть ею, постараться избежать или привыкнуть к ним и таким образом, погасить негативное, стрессовое действие ситуации [4].

Исследования копинг-стратегий в России имеют особую актуальность в связи с высокой выраженностью психологического неблагополучия населения при большом количестве переживаемых стрессовых событий, включая текущий экономический кризис. С понятием «копинг» связывают разного рода процессы, направленные на возможно лучшее решение личностных, межличностных или профессиональных проблем, адаптацию человека к требованиям ситуации, вызывающей стресс, позволяющую овладение ею, ослабление или смягчение этих требований и восстановление психологического благополучия [1].

Обычно термин «копинг» относят к стратегиям реагирования на стресс, но можно говорить и о проактивном копинге, направленном на предотвращение действия будущего стрессора и подготовку к возможной стрессовой ситуации [1].

Установлено, что психическое и физическое самочувствие зависит от выбора копинг-стратегий в момент столкновения с психотравмирующей ситуацией. Использование активных совладающих поведенческих стратегий и относительно низкая восприимчивость к стрессовым ситуациям способствуют улучшению самочувствия. А к его ухудшению и нарастанию негативной симптоматики приводят избегание проблем и применение пассивных стратегий, направленных не на разрешение проблемы, а на уменьшение эмоционального напряжения [2].

Выбор копинг-стратегий определяется не только внешними факторами (типом ситуации), но и внутренними (личностными чертами и диспозициями). Изучение связей личностных черт с копинг-стратегиями может способствовать как использованию определенных личностных черт в качестве предикторов копингов, так и лучшему пониманию механизмов целостного функционирования личности как субъекта деятельности [1].

Наконец, выбор копинг-стратегий и мера их эффективности могут быть связаны с полом и возрастом. В целом, как показывают результаты последних исследований, гендерные различия в преодолении психологического стресса невелики и связаны главным образом с различиями в характере стрессовых ситуаций, с которыми сталкиваются мужчины и женщины [1]. С увеличением возраста повышается вероятность использования активных проблемосовладающих поведенческих стратегий [2].

Согласно Т.Л. Крюковой, можно говорить об устойчивости стратегий совладания и об их относительной неизменности с возрастом. Исследуя ресурсную систему людей разного возраста, С.А. Хазова и Е.А. Дорьева показывают, что по сравнению со средним возрастом пожилые люди чаще прибегают к индивидуальным ресурсам (чтение, спорт, прогулки и др.) и реже – к средовым ресурсам (семья, работа) [3].

Кроме того, было установлено, что люди с высокой тревожностью чаще используют эмоциональные копинг-стратегии (избегание, обвинение и т.п.), которые связаны со снижением самооценки, ухудшением адаптации к заболеваниям, а высокий уровень психологической зрелости людей, ощущение собственной значимости, высокая самооценка обуславливают использование когнитивных копинг-стратегий [2].

Проблема связи копинг-стратегий с интеллектом продолжает изучаться; на сегодняшний день результаты неоднозначны. Так, по данным исследований, проведенных под руководством Т.В. Корниловой (Корнилова и др., 2010; Малахова, 2011) на студенческих выборках, академический (вербальный) интеллект проявляется не в предпочтении продуктивных стратегий, а в отказе от непродуктивных, таких как избегающий копинг и эмоционально-ориентированный копинг. С другой стороны, практический интеллект связан с меньшим предпочтением проблемно-ориентированных копинг-стратегий. Следует отметить, что обнаруженные связи были слабыми, но

значимыми. Обобщая сказанное, особую актуальность приобретают теоретические модели и эмпирические исследования, учитывающие зависимость функций копинг-стратегий, с одной стороны, от содержания и этапа осуществления деятельности, а с другой – от личностных факторов [1].

Значительная роль в совладании со стрессом отводится социальной поддержке, в том числе таким ее видам, как эмоциональная и инструментальная, которые зависят от качества отношений и от уровня стресса. Особо остро эта проблема стоит в пожилом и старческом возрасте, когда качество межличностных отношений часто снижается вследствие потери коммуникативной активности [3].

Пожилые и старые люди очень часто падают, и это является очень большой медико-социальной проблемой. Количество падений пропорционально возрастает с возрастом, прогрессирующим физическими и патофизиологическими изменениями. В индустриальных странах около 40% пожилых людей старше 65 лет падают хотя бы один раз в году. Среди людей старше 60 лет редко можно встретить человека, который бы никогда не падал. К счастью, не все случаи падения у пожилых и старых людей приводят к тяжелым последствиям. Очень часто падения у пожилых заканчиваются развитием, так называемого синдрома боязни падений, при котором больные перестают двигаться, вставать с постели. Страх перед возможностью повторного падения ограничивает социальный потенциал человека, ухудшает качество жизни [5].

Материалы и методы: Мы планируем провести исследование пожилых пациентов в возрасте от 56 до 90 лет с атактическим синдромом в неврологическом статусе. В качестве научных и практических методов планируется неврологический осмотр, клинические тесты «Timed up and Go», шкала Берга, тест на вытягивание и реактивное равновесие. Применение опросника Плутчика-Келлермана-Конте для диагностики различных механизмов психологической защиты, цветовой тест Люшера для измерения психофизиологического статуса человека, его стрессоустойчивость, активность и коммуникативные способности, стабилметрическое исследование на компьютеризированной стабилметрической платформе «Стабило-МБН» (г. Москва). Цветовой тест Люшера будет применяться как при констатирующем эксперименте, так и при контрольном.

Заключение: Планируется разработка и внедрение тренинговых упражнений для уменьшения страха падения, стабилизации баланса, увеличение личностных ресурсов совладания.

Литература

1. Рассказова, Е.И. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – №3(17). URL: <http://psystudy.ru>
2. Марьясова, Д.А. Индивидуально-психологические особенности личности спортсменов-инвалидов с повреждением опорно-двигательного аппарата / Д.А. Марьясова // Спортивный психолог. – 2011. – №2 (23). – С. 27-31
3. Харламенкова, Н.Е. Посттравматический стресс и совладающее поведение в пожилом возрасте / Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Евдокимова А.А. // Научный диалог. – 2014. – №3 (27): Психология. Педагогика. – С. 92-105.
4. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии. – С. 435-462.
5. Арьев, А.Л. Падения у пожилых – медико-социальная проблема / А.Л. Арьев. 22.10.2010. ГОУДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава», кафедра геронтологии и гериатрии

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Хубларова Л.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Все экстрапирамидные синдромы, вызываемые психотропными препаратами, делятся на 2 группы по времени возникновения: ранние и поздние. Ранние экстрапирамидные осложнения появляются в течение первых дней или недель после начала приема препарата или увеличения его дозы, хорошо поддаются коррекции холинолитиками [1] и/или проходят вскоре после отмены нейролептика.

Поздние экстрапирамидные синдромы возникают вследствие длительного приема препарата в течение нескольких месяцев или лет, иногда вскоре после его отмены, и имеют чаще всего труднокупируемый или необратимый характер. К поздним относятся поздняя дискинезия (букко-лингво-мастикаторный синдром), поздняя дистония, поздняя акатизия, поздний тремор, поздняя миоклония, поздние тики [4].

Поздние дискинезии являются одними из наиболее тяжелых неврологических осложнений нейролептической терапии.

Проявления поздней дискинезии могут наблюдаться как на фоне длительного приема нейролептических средств, так и появляться в течение первых 4 недель после отмены антипсихотиков. Часто они усиливаются в перерывах между курсами антипсихотической терапии, в то время как ранние экстрапирамидные расстройства подвергаются обратному развитию. По данным DSM-V, тардивная дискинезия – ятрогенное расстройство движений, вызванное блокадой дофаминовых рецепторов в течение 3 месяцев (или 1 мес у лиц старше 60 лет).

Тяжесть побочных эффектов для пациента, страдающего психическим заболеванием, зачастую приводит к низкому комплаенсу, который, в свою очередь, нередко провоцирует обострение эндогенного процесса [3, 5]. Непроизвольные движения, возникающие у пациентов на фоне приема нейролептиков, приводят к нарушению самообслуживания, снижению качества жизни, существенным психосоциальным последствиям. Ороральные дискинезии могут вызывать развитие язв языка, инфицирование языка, щек, губ, разрушение зубного ряда, дизартрию, расстройства глотания, а также респираторную дисфункцию в виде нарушения глубины, частоты и ритма дыхания вследствие произвольных вокализаций. Иногда эти аномальные движения нарушают процесс приема пищи, вследствие чего пациент не может положить еду в рот [7]. Стоит отметить, что даже легкая степень дискинезий служит фактором социальной дезадаптации больного [10]. В современном обществе больные с произвольными гиперкинезами подвергаются выраженной социальной дискриминации и жестоким социально-трудовым ограничениям, противоречащим их истинным возможностям [8, 9].

Вместе с тем, при оценке состояния, также неотъемлемую роль играют качество жизни и социальное функционирование. Согласно данным Г.С. Никифорова и соавторов эти показатели у больных, страдающих психической патологией, являются значительно более низкими, чем в общей популяции. Они могут использоваться для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее выраженности, динамики, тяжести заболевания. Показатели качества жизни становятся неперемными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы.

Очень важно участие больного в оценке своего состояния, так как только он, как никто другой, может его охарактеризовать. Исследование этого многофакторного показателя позволяет изучить влияние заболевания на все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование.

В современных социально-экономических условиях больные, страдающие шизофренией, являются одними из первых жертв экономического кризиса. Такие пациенты отличаются низким уровнем качества жизни: они быстро теряют социальные связи, контакты с родственниками, навыки самообслуживания (снижение и утрата способности к трудовой деятельности, организации проведения быта и досуга в повседневной жизни). Пациенты, имеющие осложнения терапии, вероятно, имеют еще более низкое качество жизни. В такой ситуации становится очевидно, что улучшение качества жизни, – одна из ключевых задач в системе реабилитации. В доступной нам литературе мы не встретили сведений о соотношениях клинических и психосоциальных аспектов, включая качество жизни, у пациентов с нейролептическими дискинезиями.

Подходы к коррекции поздней нейролептической дистонии идентичны таковым при терапии ранней дистонии: «переход» на прием атипичных нейролептиков, назначение препарата ПК-Мерц, возможное добавление холинолитиков и антиконвульсантов. Однако эффективность этих мероприятий остается существенно низкой [1]. Рандомизированных и контролируемых исследований, оценивающих эффективность лечения поздней (тардивной) дистонии, не проводилось (Hallet M., Roewe W., 2008). Также, необходимо помнить, что центральные холинолитики могут оказаться не только не эффективными, но и вызывать большой спектр побочных эффектов (усугубляют клинические проявления психоорганического синдрома, вызывают тахикардию, запор, сухость во рту) [5].

В качестве альтернативного метода лечения с 1997 г. используется ботулинотерапия.

Целью настоящей работы являлись исследование качества жизни пациентов с нейролептическими осложнениями, а также динамическая оценка данного показателя после введения ботулотоксина в пораженные мышцы.

Материалы и методы: В исследуемую группу были включены 35 пациентов с верифицированным диагнозом «Шизофрения», находящихся в состоянии ремиссии согласно МКБ-10, имеющих поздние нейролеп-

тические осложнения и получающих нейролептики в течение 18-216 месяцев. У всех пациентов имелись поздние нейролептические осложнения, проявляющиеся дискинезиями преимущественно в лицевой мускулатуре, повышением мышечного тонуса в мышцах шеи и конечностях по экстрапирамидному типу, акатизией, беспокойными ногами. У всех пациентов в анамнезе имелась неэффективность приема холинолитиков, амантадинов, бензодиазепенов и др. препаратов с целью коррекции двигательных нарушений.

Степень тяжести двигательных нарушений и динамика оценивались с помощью Шкалы аномальных непроизвольных движений, где исходный общий балл составлял 21,1, Шкалы Симпсона, общий балл – 78,6, Шкалы Симпсона-Ангуса экстрапирамидных побочных эффектов, общий балл – 7,3, шкалы общего клинического впечатления. Также в качестве контрольной группы было обследовано 20 человек с верифицированным диагнозом «Шизофрения», находящихся в состоянии ремиссии согласно МКБ -10, однако, не имеющих нейролептических осложнений. Оценка качества жизни в обеих группах проводилась с помощью опросника SF 36 .

Исходные данные основной группы распределились следующим образом: общий балл составлял 33,1±2,6, 10,74±5,9 в сфере эмоционального функционирования; 23,79±10,9 в сфере социального функционирования; 24,26±5,9 в сфере психологического здоровья.

Контрольная группа: общий балл 77,5±6,3; 48,9±12,5 в сфере эмоционального функционирования; 58,75±6,42 в сфере социального функционирования; 46,1±5,8 в сфере психологического здоровья.

После введения ботулотоксина все пациенты отметили положительную динамику. По шкале Общего клинического впечатления результаты лечения преимущественно оценивались как хорошие и очень хорошие.

По результатам шкалы Симпсона общий бал уменьшился с 78,6 до 59,6, по шкале Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов произошло уменьшение среднего общего балла 7,3 до 5,2. По результатам шкалы оценки аномальных непроизвольных движений (AIMS) также произошло снижение общего балла с 21,1 до 13,5. Максимального улучшения удалось достигнуть у пациентов с цервикальной дистонией, а также с дистонией стопы в сочетании с синдромом беспокойных ног (в данном случае, по шкале Симпсона наблюдалось уменьшение до 50-52 баллов, что соответствует минимальным клиническим проявлениям нейролептических осложнений). Минимальное клиническое улучшение было отмечено у пожилых пациентов с дискинезиями в лице с неполным зубным рядом или его отсутствием. Также неудовлетворительный эффект отмечался у пациентов с выраженным гиперкинезом языка, что, очевидно, связано с технической сложностью инъекции.

На этом фоне наблюдалось отчетливое улучшение качества жизни согласно SF 36 (как в сфере физического, ментального здоровья так и социального функционирования). Усредненный общий балл повысился с 33,1 до 63,1. Распределение по субшкалам: 32,56±4,9 в сфере эмоционального функционирования; 67,26±8,5 в сфере социального функционирования; 56,21±6,9 в сфере психологического здоровья.

Стоит отметить, что у пациентов с цервикальной дистонией и дистонией стопы в первую очередь улучшалось качество физического, в то время как уменьшение проявлений лингво-букко-мастикаторного синдрома приводило к улучшению ментального здоровья, отчетливому улучшению социального функционирования больного.

Вместе с тем, качество жизни пациентов контрольной группы пациентов, не имеющих нейролептических осложнений, было на заметно более высоком уровне. Усредненный бал составил 77,5, при этом распределение между ментальной и физической сферами было почти одинаковым.

Выводы: Качество жизни является важным интегративным показателем, отражающим субъективные характеристики здоровья пациента и дополняющим клиническую картину. Пациенты с поздними нейролептическими осложнениями имеют низкое качество жизни, что, несомненно, ведет к усугублению течения основного психопатологического процесса. Таким образом, данная когорта пациентов должна находиться под более пристальным вниманием лечащих врачей для своевременного оказания помощи.

Одним из наиболее эффективных методов лечения поздних нейролептических дискинезий на данный момент является ботулинотерапия, что отражается в изменении клинической картины заболевания, а также в значительном улучшении качества жизни данных пациентов.

Литература:

1. Захаров, Д.В. Возможности ботулинотерапии в коррекции поздних лекарственных дискинезий / Д.В. Захаров, З.А. Залялова, В.А. Михайлов // Рук-во для врачей по материалам II национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием). – М., 2011. – С. 263-266.
2. Жукова, О.А. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией / О.А. Жукова, И.Л. Кром, Ю.Б. Барыльник // Саратовский науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, №3. – С. 676-680.
3. Fahn, S. Tardive dyskinesias and other neuroleptic-induced syndromes / S. Fahn, R. Burke. – Merritts textbook of neurology. – 1995.
4. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 103-299.
5. Fahn, W.E. Tardive dyskinesias and other neuroleptic-induced syndromes. Research and treatment / W.E. Fahn. – 1980.
6. Решетников, А.В. Социология пациента / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. – М., 2008. – 301 с.
7. Stacy, M. Tardive stereotypy and other movement disorders in TD / M. Stacy, O. Jankovic // Neurology. – 1993.
8. Бурковский, Г.В. Об исследованиях здоровья и качества жизни / Г.В. Бурковский, Е.В. Левченко, А.М. Беркман // Обзор психиатрии и мед. психологии. – 2004.
9. Незнанов, Н.Г. Качество жизни больных шизофренией в процессе противорецидивной терапии / Н.Г. Незнанов, С.Ю. Масловский, М.В. Иванов. – 2004.
10. Ветохина, Т.Н. Особенности клинических проявления и течения экстрапирамидных синдромов, вызванных приемом нейролептиков: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.13 / Ветохина Т.Н. – М., 2006. – 124 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОСТПРОЦЕССИНГОВЫХ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА, ОСЛОЖНЕННОЙ ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТЬЮ

Литвиненко И.В., Труфанов А.Г., Красаков И.В., Юрин А.А., Дынин П.С.

ВМЕДА им. С.М. Кирова, ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург

Введение: Классическими признаками болезни Паркинсона (БП) являются двигательные нарушения, такие как гипокинезия, ригидность, тремор, постуральные нарушения. Однако в последнее время все более отчетливо осознается, что клиническая картина БП не ограничивается только двигательными расстройствами. Успехи симптоматической противопаркинсонической терапии, увеличение продолжительности жизни пациентов с данным заболеванием делают очевидным для врачей тот факт, что по мере прогрессирования БП все более явственными становятся так называемые немоторные симптомы. К ним относятся когнитивные нарушения, нарушения сна, психические расстройства (галлюцинации, депрессия), утомляемость и целый ряд других.

Нарушения сна обнаруживаются у 80-90% пациентов с БП. Они затрагивают весь цикл «сон-бодрствование» и могут быть представлены фрагментацией сна, повышенной дневной сонливостью, нарушением поведения в фазу быстрого сна (REM) [7]. Инсомния при БП встречается в 60-98% [6] случаев и представлена нарушениями структуры и фрагментарностью сна (частыми пробуждениями). Фрагментация сна при БП встречается чаще других расстройств и напрямую зависит от стадии заболевания по шкале Хён и Яра. Причинами вторичной инсомнии могут быть ночная скованность, тремор, дискинезия, синдром беспокойных ног. В этих случаях необходима коррекция дофаминергической терапии [3,4]. Гиперсомния представлена повышенной дневной сонливостью, которая встречается у 15-50% пациентов с БП.

Патогенез повышенной дневной сонливости при БП до конца не изучен. Рассматривается вопрос о нарушении цикличности уровня ацетилхолина как одного из возможных механизмов развития данного расстройства [1].

Несмотря на значительное количество работ по морфометрическому исследованию головного мозга при различных неврологических заболеваниях, в настоящее время публикации посвященные морфометрическому исследованию коры головного мозга при дневной сонливости у пациентов в болезнь Паркинсона отсутствуют как в отечественной, так и в зарубежной литературе.

Материалы и методы: Всего нами было обследовано 73 больных с идиопатической болезнью Паркинсона, выставленной согласно критериям Британского банка мозга. В исследование вошли пациенты с 3 стадией по Хен и Яру, из них 39 пациентов имели акинетико-ригидную форму заболевания (53,42%), остальные больные – смешанную форму БП (46,58%). Для оценки нарушений сна нами использовалась шкалы дневной сонливости Эпворса (Epworth Sleepiness Scale – ESS).

Протокол обследования состоял из клинической оценки состояния больных с определением стадии болезни, выполнения МРТ исследования на магнитно-резонансном томографе фирмы Siemens с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, с получением стандартных T1-ВИ, T2-ВИ в коронарной, аксиальной и сагиттальной плоскостях. Кроме этого, всем пациентам проводился протокол T1 градиентного эха и DTI с последующим обсчетом на персональном компьютере с помощью программного обеспечения FreeSurfer. Морфометрические и трактографические данные подвергались статистическому анализу. Корреляционные связи рассчитывались с использованием коэффициента Спирмена. Обработка полученных данных проводилась с использованием пакета Statistica 8.0 компании StatSoft с использованием теста Манна-Уитни.

Результаты: Нами были выявлены достоверные различия в толщине коры, как в левом, так и в правом полушариях головного мозга (Таблица 1).

Таблица 1.

Различия корковой толщины (мм) у пациентов с дневной сонливостью и без дневной сонливости

Локализация	С дневной сонливостью Me [LQ;UQ]	Без дневной сонливости Me [LQ;UQ]	p
Левое полушарие			
Фузиформная область	2,404[2,370;2,628]	2,654[2,515;2,731]	0,021
Оперкулярная область	2,320[2,263;2,392]	2,508[2,405;2,581]	0,007
Верхняя теменная область	2,043[1,912;2,177]	2,194[2,132;2,325]	0,028
Парацентральная область	1,814[1,753;2,185]	2,237[2,108;2,349]	0,012
Правое полушарие			
Фузиформная область	2,414[2,337;2,532]	2,613[2,530;2,717]	0,019
Оперкулярная область	2,334[2,175;2,532]	2,559[2,523;2,690]	0,023
Верхняя теменная область	2,026[1,921;2,149]	2,176[2,107;2,194]	0,031
Парацентральная область	2,036[1,884;2,128]	2,290[2,181;2,343]	0,002

(Me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль)

В левом полушарии обращает на себя внимание то, что патологическим процессом затронуты преимущественно корковые поля значительных размеров. Все выявленные зоны, за исключением верхней теменной области, принимают непосредственное участие в обеспечении REM-фазы сна. Верхняя теменная область подчеркивает связь дневной сонливости с высоким риском последующего развития деменции. В правом полушарии вовлечению в патологический процесс подвергаются абсолютно те же области, что и в левом полушарии. Это свидетельствует о двустороннем характере поражения коры головного мозга при наличии у пациентов с болезнью Паркинсона дневной сонливости. Выявленные области головного мозга продемонстрированы на рисунке 1.

Для определения наличия возможных маркеров прогнозирования развития нарушений сна при болезни Паркинсона был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена.

При проведении корреляционного анализа было выявлено всего лишь две корковые структуры, а именно средняя височная область и, входящая в ее состав, средняя височная извилина, показавшая лучшую силу корреляции ($r=-0,78$), по сравнению с более обширным образованием ($r=-0,67$).

Достоверных связей с выявленными ранее зонами лобной и теменной локализаций выявлено не было.

В правом полушарии была выявлена всего лишь одна достоверная связь, но она представляет особый интерес. Сильную отрицательную корреляцию продемонстрировала правая энторинальная область ($r=-0,71$). Это, в очередной раз, подчеркивает важную связь дневной сонливости и повышенного риска возникновения когнитивной дисфункции у пациентов с болезнью Паркинсона.

Нами были выявлены достоверные различия в параметрах основных проводящих путей как в левом, так и в правом полушариях головного мозга (таблица 2).

Таблица 2.

Различия в параметрах проводящих путей между пациентами с дневной сонливостью и без дневной сонливости (Len_Avg – средняя длина тракта, FA – фракционная анизотропия).

Локализация	С дневной сонливостью M[LQ;UQ]	Без дневной сонливости M[LQ;UQ]	Р
Левое полушарие			
Forceps minor (Len_Avg)	68,00[64,92;68,65]	71,60[68,30;73,00]	0,015
Cingulum – Cingulate Gyrus (Len_Avg)	68,64 [66,24;71,16]	77,713[69,748;87,346]	0,006
Uncinate Fasciculus (FA)	0,344[0,306;0,390]	0,408[0,385;0,411]	0,041
Правое полушарие			
Cingulum – Cingulate Gyrus (Len_Avg)	46,50[41,00;52,00]	54,50[49,00;57,00]	0,025
Inferior Longitudinal Fasciculus (Len_Avg)	77,50[73,00;83,00]	86,00[81,00;98,00]	0,045
Superior Longitudinal Fasciculus – Parietal (Len_Avg)	54,765 [51,638;56,712]	60,844[55,892; 64,997]	0,039
Superior Longitudinal Fasciculus – Parietal (MD)	0,00083 [0,00076;0,00088]	0,00078 [0,00075;0,00080]	0,049
Superior Longitudinal Fasciculus – Temporal (RD)	0,00064 [0,00061;0,00066]	0,00060 [0,00058;0,00063]	0,035
Superior Longitudinal Fasciculus – Temporal (MD)	0,00084 [0,00078;0,00088]	0,00078 [0,00078;0,00081]	0,023

Наибольшие изменения наблюдаются в верхнем и нижнем продольном пучке, являющиеся мощнейшими связующими звеньями между всеми долями полушария. При этом, в случае верхнего продольного пучка в патологический процесс вовлечены обе его основные составляющие: как височная, так и теменная части.

При проведении корреляционного анализа структур левого полушария обнаружено значительное количество сильных связей. Сильные отрицательные связи повышенной дневной сонливости выявлены с фракционной анизотропией и больших ($r=-0,78$) и малых ($r=-0,80$) щипцов, теменной ($r=-0,76$) и височной ($r=-0,72$) частями верхнего продольного пучка, а также их средней длиной ($r=-0,77$ для теменной части, $r=-0,70$ для височной части). Кроме этого, сильные положительные связи обнаружены с радиальной ($r=0,89$) и средней ($r=0,81$) диффузивностями малых щипцов и связь средней силы с аксиальной диффузивностью крючковидного пучка ($r=0,64$). Ведущую роль при данном осложнении играют височная и теменная части верхнего продольного пучка.

Ситуация при проведении корреляционного анализа в правом полушарии головного мозга практически полностью повторяет полученные зоны достоверных различий. Отмечается наличие сильных связей фракционной анизотропии в случае парietальной ($r=-0,72$) и темпоральной ($r=-0,76$) частей верхнего продольного пучка, связи средней силы в отношении фракционной анизотропии нижнего продольного пучка ($r=-0,64$). Также была выявлена сильная положительная корреляция аксиальной диффузивности углового пучка ($r=0,75$).

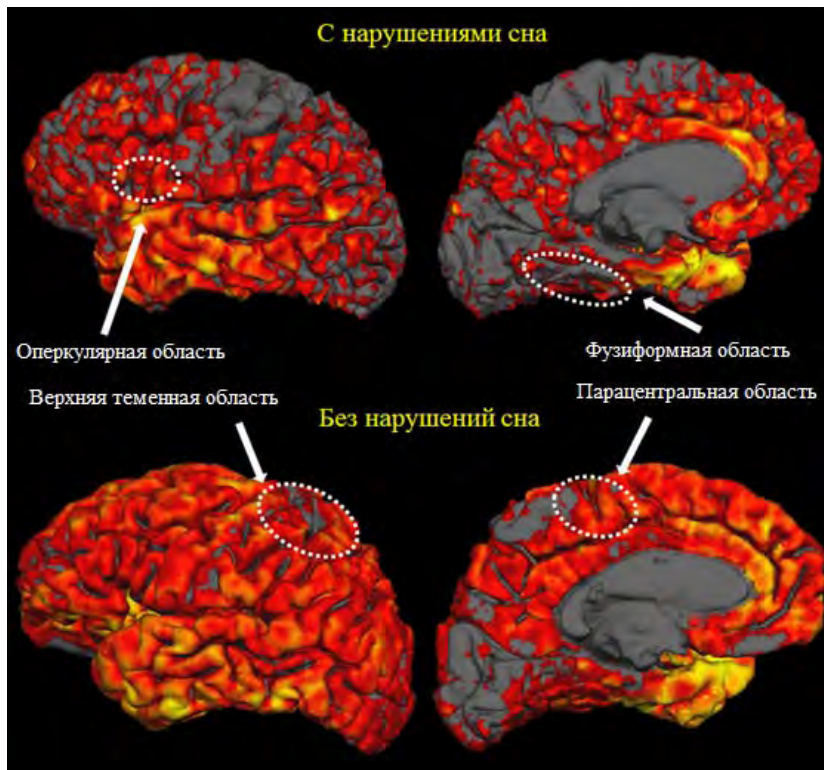


Рис. 1. Медиальная и латеральная поверхность левого полушария у пациентов с болезнью Паркинсона с нарушениями сна и без нарушений сна с отображением основных зон достоверных различий.

Заключение: Поражение белого вещества при наличии дневной сонливости у пациентов с болезнью Паркинсона затрагивает преимущественно систему верхнего продольного пучка и проводящие пути лимбической системы.

При этом в верхнем продольном пучке патологическому процессу подвергается как височная, так и теменная части. Учитывая интегративную функцию тракта можно предположить, что дисбаланс между связующими звеньями вносит достаточно большой вклад в развитие дневной сонливости у пациентов с болезнью Паркинсона. Стоит отметить, что верхний продольный пучок является частью холинергической системы головного мозга. Именно этим может объясняться эффективность центральных ингибиторов ацетилхолинэстеразы при развитии дневной сонливости и нарушениях поведения в REM фазу сна [2,5]. Связующая роль этого проводящего пути является одной из самых важнейших в обеспечении процессов памяти и обмена информацией между теменной и височной областями.

Поясной и крючковидный пучки являются составными частями лимбической системы и, кроме фона настроения, также ответственные за функцию памяти.

Поражение всех вышеперечисленных проводящих путей головного мозга имеет непосредственную связь с обеспечением когнитивных функций и, по всей видимости, являются одним из важнейших факторов, связывающих нарушение сна в виде дневной сонливости с последующим развитием деменции.

При морфометрическом анализе наибольшие изменения толщины коры наблюдаются в следующих зонах: фузиформная, оперкулярная, парацентральная и верхнетеменная области с обеих сторон. Таким образом, из выявленных нами структур, повреждающихся при нарушениях сна, большинство являются участками ответственными за когнитивные функции. Этот факт позволяет объяснить возрастание риска возникновения деменции у пациентов с болезнью Паркинсона при наличии дневной сонливости.

Литература

1. Литвиненко, И.В. Эффективность и безопасность применения галантамина (реминила) в случаях деменции при болезни Паркинсона / И.В. Литвиненко, М.М. Одинак, В.И. Могильная, А.Ю. Емелин // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – №12. – С. 21-29.
2. Литвиненко, И.В. Нарушения сна у больных с деменцией при болезни Паркинсона / И.В. Литвиненко, И.В. Красаков, О.В. Тихомирова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №9. – С. 37-42.
3. Albin, R.L. Decreased striatal dopaminergic innervation in REM sleep behavior disorder / R.L. Albin, R.A. Koeppe, R.D. Chervin [et al.] // Neurology. – 2000. – Vol. 55. – P. 1410-1412.
4. Baumann, C. Parkinsonism with excessive daytime sleepiness – a narcolepsylike disorder? / C. Baumann // J. Neurol. – 2005. – Vol. 252, N2. – P. 139-145.
5. Boeve, B.F. Pathophysiology of REM sleep behaviour disorder and relevance to neurodegenerative disease / B.F. Boeve, M.H. Silber, C.B. Saper [et al.] // Brain. – 2007. – Vol. 130. – P. 2770-2788.
6. Comella, C. Sleep disorders in Parkinson's disease: an overview / C. Comella // Mov. Disord. – 2007. – Vol. 22, Suppl. 17. – P. 367-373.
7. Friedman, J.H. Sleep Disturbances and Parkinson's Disease / J.H. Friedman, R.P. Millman // CNS Spectr. – 2008. – Vol. 13, N3, Suppl. 4. – P. 12-17.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОМУ ИНСУЛЬТУ

Янишевский С.Н., Полушин А.Ю., Мирная Д.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Инсульт является третьей по частоте причиной смерти и инвалидизации пациентов в развитых странах. Около четверти всех инсультов приходится на возраст до 65 лет. Сегодня известны основные факторы риска, приводящие к развитию острой мозговой катастрофы – артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, фибрилляция предсердий, курение, злоупотребление алкоголем и многие другие. Однако, только эти факторы риска не всегда могут быть выявлены у пациентов с инсультом, особенно в молодом возрасте. Кроме того, у пациентов среднего возраста часто выявляется внутрисемейная взаимосвязь между особенностями развития инсультов (фенотипом инсульта), которая должна иметь генетическую основу. На сегодняшний день развивающиеся технологии позволили определить ряд молекулярных генетических механизмов, являющихся этиологическими для ишемического инсульта. Такие причины можно разделить на моногенные, передающиеся по наследству в соответствии с законами Менделя и полигенные, обусловлены как наследственными факторами, так и, в значительной степени, факторами внешней среды. Кроме того, они связаны с действием многих генов, поэтому их называют также мультифакториальными.

Моногенные болезни, приводящие к инульту.

CADASIL. Описанная Joutel A. et al. (1996) церебральная аутосомная доминантная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией (CADASIL) является наследственным заболеванием с поражением малых сосудов и развитием сосудистой деменции с Менделевским типом наследования. Заболевание может быть вызвано мутацией гена Notch 3 на 19-й хромосоме. Морфологические изменения при CADASIL характеризуются накоплением осмиофильных гранулярных структур в сосудистой стенке, что приводит к стенозированию коротких пенетрирующих артерий, кровоснабжающих подкорковые ядра и прилежащее белое вещество полушарий головного мозга. Наиболее ранние очаговые поражения головного мозга наблюдаются в базальных ганглиях, перивентрикулярно и в височных долях. Клинически у пациентов с CADASIL диагностируются мигренозные приступы с аурой (20-40% случаев), ишемические инфаркты головного мозга (60-80% случаев), деменция, нередко судорожные состояния, апатия и поведенческие расстройства. Ишемические инфаркты обнаруживаются у пациентов до 50 лет, по размерам соответствуют лакунарным и развиваются без анамнеза артериальной гипертензии. Это усложняет клиническую диагностику CADASIL и требует обязательного проведения молекулярно-генетического исследования. Принципиального лечения CADASIL пока не существует, хотя получены данные, что успешная компенсация установленных факторов риска, а также применение ацетазоламида при мигрени могут служить мерами профилактики прогрессирующего сосудистого поражения при CADASIL.

CARASIL. Церебральная аутосомная рецессивная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией или синдром Маеда вызывается мутацией гена HTRA1 с локализацией в хромосоме 10q, кодирующего сериновую протеазу HTRA1, управляющую синтезом одного из факторов роста (бета-семейство). Встречается значительно реже, чем CADASIL, и все известные случаи диагностировались у пациентов азиатской расы. Клинические проявления CARASIL наблюдаются с 20-30 летнего возраста. Это – ишемические инсульты, деменция, раннее облысение, дегенеративные изменения в межпозвоночных дисках с грыжеобразованием, выраженные боли в поясничном отделе позвоночника. На МРТ головного мозга обнаруживаются диффузные изменения белого вещества головного мозга и инфаркты в базальных ганглиях и таламусе. Гистопатологически определяется артериосклероз в пенетрирующих артериях, который не характеризуется накоплением амилоида или осмиофильных гранулярных структур. Мигрени практически не встречаются.

Болезнь Фабри.

Редкое генетически детерминированное заболевание с X-сцепленным типом наследования, из группы лизосомных болезней накопления. Данное заболевание вызвано нарушением метаболизма сфинголипидов, накопление которых происходит в эндотелии мозговых сосудов, нейронах и миокардиоцитах. Ранее считалось, что тип наследования болезни Фабри – X-сцепленный рецессивный, однако на современном этапе получено достаточно данных, чтобы считать тип наследования болезни Фабри X-сцепленным доминантным с неполной пенетрантностью у женщин. Распространенность болезни Фабри среди пациентов с инсультом по данным разных авторов составляет 4,9-6,9%, средний возраст инсульта у мужчин – 39 лет, а у женщин – 45 лет. Неврологические проявления помимо ишемических инсультов и транзиторных ишемических атак представлены болевым синдромом в виде нейропатической боли и так называемыми кризами Фабри – сильными жгучими болями, возникающими в ступнях и ладонях, продолжающимися от нескольких минут до нескольких дней. Также у пациентов отмечаются гипогидроз и ангиокератомы – мелкие, красновато-фиолетовые безболезненные папулы на коже. При МРТ головного мозга выявляются очаги гиперинтенсивного сигнала в области подушки таламуса а также выраженная дилатация крупных сосудов (особенно основной). Измерение активности α -галактозидазы в лейкоцитах и плазме крови (при болезни снижено), исследование генотипа α -GAL, при котором может наблюдаться около 400 мутаций, может помочь в постановке диагноза болезни Фабри. В качестве помощи пациентам используется заместительная терапия рекомбинантной α -галактозидазой 2 раза в неделю в дозе 1 мг/кг массы тела.

MELAS. Митохондриальная миопатия, энцефалопатия, лактат-ацидоз и инсультоподобные эпизоды – генетически детерминированное заболевание, относится к группе митохондриальных болезней с точковыми изменениями ДНК митохондрий. Наиболее часто встречающаяся мутация – *A3243G* в гене лейциновой тРНК (80% случаев), в 10% случаев определяется мутация *T3271C*. Наследуется MELAS по материнской линии (цитоплазматическое наследование). Чаще всего заболевание манифестирует в возрастном периоде 2-20 лет, проявляется мигренью, судорогами, тошнотой, анорексией. Причины инсультоподобных эпизодов различны, описывают вазогенный отек или гиперперфузию. Важными признаками, характерными для MELAS, являются непереносимость физических нагрузок, судороги, лактат-ацидоз и инсультоподобные состояния в возрасте до 40 лет. При МРТ распределение очагов не соответствует сосудистым бассейнам, очаги в основном располагаются в височных, теменных и затылочных долях. Диагноз подтверждается исследованием биоптата скелетных мышц, где обнаруживаются «рваные» красные волокна, а также выраженное окрашивание при реакции с сукцинатдегидрогеназой. Лечение пациентов с MELAS основано на восстановлении работоспособности элементов каскада «клеточного дыхания». Продемонстрирован эффект коэнзима Q10, L-аргинина, дихлорацетата.

Мультифакториальные причины инсульта.

Поражение белого вещества головного мозга. Очаги поражения белого вещества головного мозга часто обнаруживаются при Т2-взвешенных изображениях на МРТ. Доля пациентов 60-70 лет с такими находками составляет около 70% и увеличивается с возрастом. Среди факторов риска, способствующих хроническим нарушениям мозгового кровообращения выделяю артериальную гипертензию, атеросклероз, сахарный диабет 2 типа, курение и другие..

Рассматриваются несколько генов-кандидатов на роль промоторов наследственных спорадических инсультов. Так в исследовании DeBette et al. (2010) было показано, что изменения в локусе 17q25 достоверно связаны с поражением белого вещества головного мозга у европейцев.

Исследования близнецов показали, что наличие инсульта у одного из них достоверно повышает шансы развития у другого, особенно в случае монозиготных близнецов (OR = 1,65, 95% ДИ 1,2-2,3). Исследования по типу „случай-контроль“ продемонстрировали 76% повышение риска инсульта, если есть семейный анамнез инсульта, хотя в этих же исследованиях не подтверждалась наследственность некоторых факторов риска, таких как артериальная гипертензия. Интересно, что наследственный риск инсульта составляет 40,3% с случае атеротромботического подтипа, 32,6% в случае кардиоэмболического подтипа и только 16,1% в случае лакунарного подтипа. В исследованиях GWAS (genome-wide association studies) изучалось 187 генов-кандидатов на популяции 37481 пациента с инсультом и 95322 пациентов из группы контроля. Всего было выделено 6 генов, имевших выраженную статистическую связь с риском развития инсульта: *Factor V ArgGln506* (OR=1,31), *ACE/ID* (OR1,15), *MTHFR C677T* (OR=1,26), *Prothrombin G20210A* (OR=1,60), *PAI-1 5G* (OR=1,11), *Glycoprotein IIIa Leu33Pro* (OR=1,24). Примечательно, что один ген относится к измененному метаболизму (MTHFR), один к артериальной гипертензии (ACE/ID) и 4 – к нарушениям в системе тромбообразования. Наиболее изучен в настоящее время полиморфизм гена MTHFR. Даже в случае гетерозиготного состояния за счет нарушения метаболизма гомоцистеина повышается риск развития ишемического инсульта. Также выявлено преимущественное развитие ишемического инсульта в случае изменений в генах *Prothrombin G20210A* и *Glycoprotein IIIa* (последний ассоциирован только с инсультом).

Несколько последних генетических исследований (Wellcome Trust Case Control Consortium 2 и Stroke Genetic’s Consortium) включили 15 когорт пациентов с инсультом (~12000 пациентов с подозрением на семейный анамнез против 60000 случаев контроля) и были выявлены новые гены-кандидаты: *PITX2* и *ZFHX3* для развития фибрилляции предсердий, *HDAC9* для поражения крупных сосудов. Другие варианты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Гены-кандидаты в развитии ишемического инсульта

Хромосома	Ген	Подтип инсульта	Частота аллельного изменения	ОШ	p
7p21.1	HDAC9	атеротромботический	0,09	1,39	<0,001
4q25	PITX2	кардиоэмболический	0,19	1,36	<0,001
9p21.3	CDKN2A/B	атеротромботический	0,51	1,17	<0,001
12p13.33	NINJ2	все	0,23	1,41	<0,001
16q22.3	ZFHX3	кардиоэмболический	0,17	1,25	<0,001
11q12	AGTRL1	все	-	1,30	<0,001
5q12	PDE4D	кардиоэмболический криптогенный	0,16	1,85	<0,001

ОШ – отношения шансов, p – статистическая достоверность различий с группой контроля

Заключение: Лучшее понимание причин развития ишемического инсульта позволит правильнее организовывать первичную и вторичную профилактику этого заболевания. Развитие представлений о генетической детерминированности некоторых вариантов ишемических инсультов, особенно в молодом возрасте может значительно повысить эффективность профилактических мероприятий.

Литература

1. Bentley, P. CADASIL with cord involvement associated with a novel and atypical NOTCH3 mutation / P. Bentley, T. Wang, O. Malik [et al.] // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 82. – P. 855-860.
2. Bevan, S. Genetic heritability of ischemic stroke and the contribution of previously reported candidate gene and genomewide associations / S. Bevan, M. Traylor, P. Adib-Samii [et al.] // *Stroke*. – 2012. – Vol. 43. – P. 3161-3167.
3. Della-Morte, D. Genetics of ischemic stroke, stroke-related risk factors, stroke precursors and treatments / D. Della-Morte, F. Guadagni, R. Palmirotta [et al.] // *Pharmacogenomics*. – 2012. – Vol. 13. – P. 595-613.
4. DeBette, S. Genome-wide association studies of MRI-defined brain infarcts: meta-analysis from the CHARGE Consortium / S. DeBette, J. Bis, M. Fornage [et al.] // *Stroke*. – 2010. – Vol. 41. – P. 210-217.
5. Ellinor, P. Meta-analysis identifies six new susceptibility loci for atrial fibrillation / P. Ellinor, K. Lunetta, C. Albert [et al.] // *Nat. Genet.* – 2012. – Vol. 44. – P. 670-675.
6. Fukutake, T. Cerebral autosomal recessive arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CARASIL): from discovery to gene identification / T. Fukutake // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* – 2011. – Vol. 20. – P. 85-93.
7. Muqtadar, H. Single gene disorders associated with stroke: a review and update on treatment options / H. Muqtadar, F. Testai // *Curr. Treat. Options Cardiovasc. Med.* – 2012. – Vol. 14. – P. 288-297.
8. Santa, K. Treatment options for mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes (MELAS) syndrome / K. Santa // *Pharmacotherapy*. – 2010. – Vol. 30. – P. 1179-1196.
9. Tanislav, C. Frequency of Fabry disease in patients with small-fibre neuropathy of unknown aetiology: a pilot study / C. Tanislav, M. Kaps, A. Rolfs [et al.] // *Eur. J. Neurol.* – 2011. – Vol. 18. – P. 631-636.

НЕВРОЛОГИЯ
ТЕЗИСЫ

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аблякимов Р.Э., Ануфриев П.Л., Танашян М.М.

Научный центр неврологии, Москва

Введение: К наиболее значимым проблемам неврологии последних десятилетий относится формирование концепции гетерогенности ишемического инсульта и представления о его патогенетических подтипах, определяющих возможность проведения целенаправленного лечения и адекватной вторичной профилактики инсульта. В настоящее время одной из актуальных задач ангионеврологии является уточнение критериев диагностики разных подтипов инсульта.

Цель исследования: Уточнение критериев диагностики кардиоэмболических инсультов (КЭИ) и гемодинамических инсультов (ГИ), возникающих при ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ данных комплексного обследования больных и морфологического исследования мозга, его артериальной системы и сердца в 40 случаях с одиночными и повторными инсультами, обусловленными ИБС. При клинико-морфологическом сопоставлении уточнялись патогенетический подтип каждого инсульта и критерии его диагностики.

Результаты: В результате клинико-морфологического исследования выявлено 27 КЭИ и 22 ГИ, обусловленных ИБС. Для КЭИ установлены следующие основные критерии диагностики: наличие эмболеных форм ИБС в виде мерцательной аритмии, острого инфаркта миокарда и постинфарктного кардиосклероза; выявление признаков окклюзии церебральной артерии; отсутствие выраженного атеростеноза (на 50% и более) и эмболеных атеросклеротических бляшек в участках церебральных артерий, расположенных проксимально по отношению к области окклюзии; выявление очаговой симптоматики, КТ или МРТ-признаков обширных, больших и средних инфарктов, локализующихся в бассейне ветвей внутренней сонной артерии; внезапное появление симптоматики с максимальным неврологическим дефицитом в дебюте инсульта. Сочетание этих критериев оказалось характерным для 89% инсультов данного подтипа. Кардиальный генез отдельных инсультов не был установлен в связи с отсутствием инструментальных данных (ЭХО-КГ) о наличии эмболеного заболевания сердца. Основными критериями диагностики ГИ, обусловленных ИБС, являлись: выявление выраженного атеростеноза нескольких церебральных артерий (тандемный атеростеноз); наличие в дебюте инсульта экстрацеребральной причины снижения мозгового кровотока, связанной с мерцательной аритмией, инфарктом миокарда и постинфарктным кардиосклерозом; выявление неврологических симптомов и нейровизуализационных признаков средних, малых поверхностных и глубоких инфарктов, расположенных преимущественно в зонах смежного кровоснабжения мозговых артерий. Сочетание указанных критериев оказалось характерным только для 36% инсультов данного подтипа. Установление гемодинамического подтипа большинства инсультов было затруднено в связи с отсутствием достаточных клинико-инструментальных данных об атеросклеротических изменениях церебральных артерий, главным образом интракраниальных артерий.

Заключение: Определение подтипа ишемического инсульта, обусловленного ИБС, основывается на комплексном обследовании больного, которое предусматривает необходимость визуализации не только экстракраниальных артерий, но и интракраниальных артерий, а также углубленного клинико-инструментального исследования сердца в ряде случаев.

ИНФАРКТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Аблякимов Р.Э., Ануфриев П.Л., Танашян М.М.

Научный центр неврологии, Москва

Введение: Ишемический инсульт является одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения многих стран. К ведущим факторам риска инсульта относят сахарный диабет 2 типа (СД2), устойчивый рост заболеваемости которым отмечается в последние десятилетия в нашей стране. Недостаточность и противоречивость данных об особенностях патогенеза инсультов при СД2 определяют необходимость дальнейшего изучения этого вопроса с помощью различных методов, включая морфологические исследования.

Цель исследования: уточнение патоморфологических особенностей инфарктов головного мозга при СД2.

Материалы и методы: Сопоставление результатов морфологического исследования 20 случаев с инфарктами головного мозга, возникшими при атеросклерозе в сочетании с СД2, и 20 случаев с инфарктами мозга, обусловленными атеросклерозом при отсутствии СД2.

Результаты: В группах случаев с СД2 и без такового выявлено по 4 обширных инфаркта мозга, занимающих весь бассейн передней и средней мозговых артерий, по 8 больших инфарктов, локализующихся в бассейне средней или передней мозговой артерии, и по 8 средних инфарктов, расположенных в бассейне отдельных ветвей

средней или задней мозговой артерии. Установлены статистически значимые признаки более тяжелого атеросклероза церебральных артерий при наличии СД2 в виде резкого преобладания количества атеросклеротических бляшек, определяющих гемодинамически значимые ($\geq 50\%$) изолированные и тандемные стенозы церебральных артерий. Тяжелый характер атеросклероза при СД2 определил основные причины инфарктов мозга в этих случаях – обтурирующий атеротромбоз внутренней сонной или средней мозговой артерии, артерио-артериальная эмболия из синуса внутренней сонной артерии в ее мозговую часть или среднюю мозговую артерию, изолированный и тандемный атеростеноз внутренней сонной артерии и ее ветвей при наличии такого дополнительного фактора ухудшения кровоснабжения мозга как ИБС (17 инфарктов из 20). Только 3 инфаркта явились следствием кардиогенной тромбоэмболии в среднюю мозговую артерию или ее ветви при постинфарктном кардиосклерозе и мерцательной аритмии. Отмеченные особенности патогенеза инфарктов мозга у больных с СД2 обусловили значительное преобладание у них инсультов атеротромботического и гемодинамического подтипов над инсультами кардиоэмболического подтипа. Менее тяжелый характер церебрального атеросклероза в случаях без СД2 определил и меньшую частоту в этих случаях инфарктов, обусловленных теми или иными атеросклеротическими изменениями артерий мозга. У этих больных инфаркты наиболее часто (10 инфарктов из 20) являлись результатом тромбоэмболии церебральных артерий из сердца при эмбологенных формах ИБС, определяя тем самым преобладание инсультов кардиоэмболического подтипа над инсультами других подтипов.

Заключение: Исследование свидетельствует о высокой значимости сахарного диабета 2 типа в развитии тяжелых атеросклеротических изменений церебральных артерий и обусловленных ими инфарктов мозга различной величины и локализации. В связи с этим одним из постулатов неврологии является требование своевременного и персонализированного лечения сахарного диабета как меры предупреждения прогрессирования церебрального атеросклероза и профилактики инсульта.

ВОСПРИЯТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ СООТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Абрамов К.Б., Шмелева О.О., Александров М.В., Хачатрян В.А.

РНХИ им. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург

Дети с эпилепсией имеют высокий риск когнитивного дефицита. У большинства детей с эпилепсией интеллект сохраняется на стабильном уровне, у 20-30% пациентов со временем снижается, как правило, это касается детей с резистентными приступами. На сегодняшний день развитие нейрохирургического лечения эпилепсии сводится не только к освобождению пациента от приступов, но и к улучшению его качества жизни. Успешное лечение может способствовать улучшению когнитивных функций.

Целью исследования являлось оценить динамику когнитивных функций у детей с эпилепсией при хирургическом лечении.

Материалы и методы: Проведен клинично-нейропсихологический анализ результатов хирургического лечения 38 детей с височной и экстратемпоральной эпилепсией, находившихся в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. Возраст больных варьировал от 9 до 18 лет. Средняя длительность заболевания до операции составила 7 лет. Критериями включения составляли дети с эпилепсией с сохранными когнитивными функциями. Основные методы нейропсихологического обследования включали оценку высших психических функций по методу А.Р. Лурия; оценку общего интеллекта по методу Слоссона SIT-R; оценку внимания по методу Шульте, Тулуз-Пьерона; оценку зрительно-пространственного восприятия по тесту «циферблат часов» (Lovenstone S., Gauthier S., 2001) и по оригинальной методике «схема маршрута». Проводилась предоперационная и послеоперационная нейропсихологическая оценка.

Результаты и их обсуждение: При оценке когнитивных функций у пациентов с эпилепсией выявлено, что наиболее выраженные когнитивные нарушения наблюдались у детей с эпилепсией на фоне задержки психомоторного развития. В послеоперационном периоде по этим методикам нарастания когнитивных нарушений мы не наблюдали. Однако, в ряде случаев, при более низком уровне дооперационных познавательных способностей после височных резекций и при отсутствии приступов в анамнезе отмечено улучшение. У пациентов с эпилепсией без задержки развития проведено более детальное исследование, где были исследованы зрительно-пространственные функции, для оценки которых мы использовали тест рисования циферблата часов. Оценка восприятия зрительно-пространственных отношений оценивалась по оригинальной методике – «схема маршрута». Методика заключалась в том, чтобы ребенок нарисовал условный маршрут (например, из палаты в туалет). В результате оценки зрительно-пространственного отношения были получены следующие данные: у пациентов без эпилепсии $4,8 \pm 0,2$ (при max значении 5,0); у больных с эпилепсией с сохранными когнитивными функциями до операции – $2,5 \pm 0,4$; после операции – $2,4 \pm 0,5$. Данные указывают, что хирургическое удаление эпиочага не сопровождается существенным снижением восприятия пространственных отношений, и оценка зрительно-пространственных отношений у детей с эпилепсией имеет более информативное значение, чем оценка когнитивных функций в целом.

Выводы: Хирургическое лечение фармакорезистентной эпилепсии у детей не сопровождается ухудшением интеллекта и памяти в послеоперационном периоде. У детей с эпилепсией восприятие пространственных соотношений нарушено, что свидетельствует о недостаточности гиппокампальной системы пространственного позиционирования. Хирургическое удаление эпиочага в височной доле не сопровождается существенным снижением восприятия пространственных соотношений.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА MLPA

Абрамычева Н.Ю., Федотова Е.Ю., Степанова М.С., Иллариошкин С.Н.

Научный центр неврологии, Москва

Введение и Цель исследования: Диагностика генетических форм болезни Паркинсона (БП) стандартными методами весьма трудозатратна из-за их разнообразия и необходимости проведения отдельного анализа для выявления каждой мутации. Благодаря появлению метода мультиплексной пробо-зависимой лигазной реакции с амплификацией (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification, MLPA) стало возможным одномоментное исследование широкого спектра мутаций, в том числе ассоциированных с БП. В связи с этим целью данной работы явилось исследование с помощью метода MLPA встречаемости основных генетических форм БП в российской популяции.

Материалы и методы: В работе была исследована выборка из 153 больных с БП (86 женщин, 67 мужчин), средний возраст в группе составил $58,3 \pm 10,9$ лет. Образцы геномной ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови с помощью набора для выделения Wizard Genomic DNA Purification Kit (Promega USA). В данной работе использовался набор SALSA MLPA P051-C2 (MRC-Holland, Нидерланды), в который входят реактивы для выявления мутаций в генах *SNCA*, *PARK2*, *PINK1*, *DJ-1*, *LRRK2* и *ATP13A2*. Анализ нуклеотидных последовательностей проводили на капиллярном генетическом анализаторе ABI Prism 3130 («Applied Biosystems») с помощью программного обеспечения Data Collection Software версии v3.0, Sequencing Analysis Software версии v5.2 и SeqScape Software версии v2.5.

Результаты и их обсуждение: По результатам проведенного исследования из 153 пациентов у 10 (6,5%) было выявлено носительство мутаций в генах *PARK2*, *PINK1* и *LRRK2*. В гене *PARK2* мутации были выявлены у 5 пациентов (3,3%): по одному случаю гетерозиготной делеции 2, 3, 3-4, 3-5 и 8 экзонов. Клинически группа с мутациями в гене *PARK2* отличалась более молодым возрастом начала заболевания и выраженными лекарственными дискинезиями на фоне леводопа-терапии. В гене *PINK1* выявлена гетерозиготная делеция 3 экзона у 1 пациента (0,6%). Клинически случай был представлен классическим фенотипом БП с отягощенным семейным анамнезом. Особенностью случая явились тревожно-депрессивные проявления, характерные для носителей мутаций в этом гене. В гене *LRRK2* мажорная мутация G2019S была выявлена у 4 пациентов (2,6%). Фенотип представлен преимущественно поздней БП, у половины носителей мутаций в *LRRK2* были выявлены выраженные когнитивные нарушения. В генах *SNCA*, *DJ-1*, *ATP13A2* мутаций обнаружено не было.

Таким образом, общая встречаемость носителей мутаций, выявленных с помощью MLPA, составляет 6,5% и покрывает более четверти того, что можно выявить при тщательном и широком молекулярно-генетическом исследовании всех известных мутаций и генов, ассоциированных с БП (20-25%). Полученные частоты встречаемости *PARK2*-, *PINK1*- и *LRRK2*-ассоциированных форм БП сопоставимы с литературными данными, а их клиническая картина соответствует общеизвестным, установленным фенотипам.

Выводы: Учитывая возможность одномоментного исследования основных мутаций, ассоциированных с БП, относительно невысокую стоимость процедуры и быстроту получения результата, метод MLPA может рекомендоваться для медико-генетического консультирования при работе с пациентами, страдающими БП, в качестве первоначального генетического скринингового тестирования.

ЧАСТОТА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Андреев Р.В., Цыган Н.В., Пелешок А.С., Кравчук В.Н., Хубулава Г.Г., Одинак М.М.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Мозговой инсульт является самым тяжелым вариантом послеоперационной мозговой дисфункции при кардиохирургических операциях. Наибольшая тяжесть и стойкость психоневрологических нарушений при мозговом инсульте по сравнению с другими клиническими типами послеоперационной мозговой дисфункции яв-

ляется следствием крупноочагового повреждения нервной ткани. По данным Baranowska K. et al. (2012), мозговой инсульт в послеоперационном периоде при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения развивается до 7,5% случаев. При развитии инсульта выживаемость в течение 1 года составила 83-94,1%, в течение 5 лет – 58,7-83,3%, в течение 10 лет – 26,9-61,9% (Girdauskas E., Kinduris S., 2002).

Цель исследования: Изучить частоту мозгового инсульта в послеоперационном периоде при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы: Нами обследовано 78 пациентов (27 женщин и 51 мужчин) в возрасте от 20 до 81 года, которым были выполнены кардиохирургические операции. В I группу были включены 47 пациентов, которым были выполнены операции по протезированию клапанов сердца. Во II группу – 31 пациент, которым были выполнены операции коронарного шунтирования. Все операции были осуществлены в условиях искусственного кровообращения. В I группе продолжительность операций составила 120-360 мин, искусственного кровообращения – 70-196 мин, полного искусственного кровообращения – до 132 мин, параллельного искусственного кровообращения – до 65 мин. Во II группе продолжительность операций составила 180-520 мин, искусственного кровообращения – 35-194 мин, полного искусственного кровообращения – до 154 мин, параллельного искусственного кровообращения – до 125 мин. Профилактику воздушной эмболии проводили по стандартной методике. Оценку неврологического статуса по шкале NIHSS проводили за 2-3 сут до операции и через 3 сут после операции. При повышении балла по шкале NIHSS на 1 и более для уточнения диагноза выполнялась компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга.

Результаты: В предоперационном периоде неврологический дефицит в виде рассеянной органической симптоматики или синдрома был диагностирован у 35 (74%) пациентов I группы и у 26 (84%) пациентов II группы. По результатам неврологического осмотра, оценки неврологического статуса по шкале NIHSS в динамике и результатов компьютерной и магнитно-резонансной томографии острое нарушение мозгового кровообращения диагностировано в I группе у 2 (4%), во II группе – 2 (6%) пациентов ($p>0,05$).

Выводы: Частота инсульта в послеоперационном периоде у обследованных пациентов соответствует таковой по данным литературы и не имеет достоверных отличий при операциях по протезированию клапанов сердца и операциях коронарного шунтирования.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ДЕЛИРИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Андреев Р.В., Цыган Н.В., Курасов Е.С., Пелешок А.С., Кусай А.С.,
Хубулава Г.Г., Литвиненко И.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Количество кардиохирургических операций в Российской Федерации продолжает неуклонно расти. Большинство кардиохирургических операций выполняется в условиях искусственного кровообращения. Частота симптоматического делирия в раннем послеоперационном периоде составляет более 20% и зависит от объема проведенного хирургического лечения и длительности искусственной вентиляции легких (Ерменко А.А., Чернова Е.В., 2014; Girard T. et al., 2008).

Цель исследования: Изучить частоту симптоматического делирия раннего послеоперационного периода при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы: Нами обследовано 54 пациента (12 женщин и 42 мужчин) в возрасте от 30 до 81 года, которым были выполнены кардиохирургические операции. В I группу были включены 23 пациента, которым были выполнены операции по протезированию аортального клапана сердца. Во II группе 31 пациенту были выполнены операции коронарного шунтирования. Все операции были осуществлены в условиях искусственного кровообращения. В I группе продолжительность операций составила 95-315 мин, искусственного кровообращения – 62-168 мин, полного искусственного кровообращения – до 120 мин, параллельного искусственного кровообращения – до 69 мин. Во II группе продолжительность операций составила 180-520 мин, искусственного кровообращения – 35-194 мин, полного искусственного кровообращения – до 154 мин, параллельного искусственного кровообращения – до 125 мин. Профилактику воздушной эмболии проводили по стандартной методике. Оценку психоневрологического статуса проводили за 2-3 сут до операции и через 3 сут после операции. Симптоматический делирий раннего послеоперационного периода диагностировали по результатам клинического наблюдения за пациентами в раннем послеоперационном и после консультации психиатром.

Результаты: Частота симптоматического делирия раннего послеоперационного периода в I группе составила 17% (у 4 пациентов), во II группе – 23% (у 7 пациентов) ($p>0,05$). Продолжительность делирия у пациентов I группы варьировала от 1 до 14 суток, у пациентов II группы – от 1 до 6 суток.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что частота симптоматического делирия раннего послеоперационного периода после операций по протезированию аортального клапана сердца и коронарного шунтирования соответствует таковой при кардиохирургических операциях в условиях искусственного кровообращения по данным литературы.

ОТСРОЧЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ОПЕРАЦИЙ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА

Андреев Р.В., Цыган Н.В., Яковлева В.А., Пелешок А.С., Одинак М.М., Литвиненко И.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Современный уровень оснащенности и квалификации кардиохирургов ведет к снижению частоты развития тяжелых вариантов послеоперационной мозговой дисфункции (мозгового инсульта, симптоматического делирия раннего послеоперационного периода), однако отсроченные когнитивные нарушения развиваются у 10-80% пациентов.

Цель исследования: Изучить частоту отсроченных когнитивных нарушений после кардиохирургических операций в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы: Нами обследовано 78 пациентов (27 женщин и 51 мужчин) в возрасте от 20 до 81 года, которым были выполнены кардиохирургические операции. В I группу были включены 47 пациентов, которым были выполнены операции на клапанах сердца. Во II группу – 31 пациент, которым были выполнены операции коронарного шунтирования. Все операции были осуществлены в условиях искусственного кровообращения. В I группе продолжительность операций составила 120-360 мин, искусственного кровообращения – 70-196 мин, полного искусственного кровообращения – до 132 мин, параллельного искусственного кровообращения – до 65 мин. Во II группе продолжительность операций составила 180-520 мин, искусственного кровообращения – 35-194 мин, полного искусственного кровообращения – до 154 мин, параллельного искусственного кровообращения – до 125 мин. Профилактику воздушной эмболии проводили по стандартной методике. Оценка неврологического статуса проводили за 2-3 сут до операции и через 3 сут после операции. Оценка когнитивных функций производили всем пациентам по шкале MoCA и батарея FAB за 2-3 сут до операции и через 7-10 сут после операции. Для исключения клинически значимой депрессии и клинически значимой тревоги проводили оценку по шкале HADS за 2-3 сут до операции и через 7-10 сут после операции.

Результаты: По результатам динамической периоперационной оценки когнитивных функций по шкале MoCA и батарея FAB отсроченные когнитивные нарушения были диагностированы у 26 (33%) пациентов – 11 (23,4%) пациентов в I группе и 15 (48%) пациентов во II группе ($p=0,026$).

Вывод: По результатам динамического нейропсихологического обследования частота отсроченных когнитивных нарушений после кардиохирургических операций соответствует таковой по данным литературы. Отсроченные когнитивные нарушения развивались достоверно чаще после операций коронарного шунтирования по сравнению с операциями на клапанах сердца.

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Барсуков И.Н.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить наличие и степень выраженности тревожных и депрессивных расстройств у больных с заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися хроническим болевым синдромом.

Материалы и методы: Проведено обследование 446 больных с заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися болевым синдромом, длительностью более трех месяцев. Всем больным проведено клиническое неврологическое обследование, психофизиологическое тестирование с использованием опросников Спилбергера-Ханина, Монтгомери-Асберга.

Результаты и их обсуждение: При оценке показателей болевого синдрома было обнаружено, что они были различными при разной продолжительности заболевания. Достоверно более высокие средние значения по ВАШ ($p<0,01$) отмечались у больных со сроками заболевания от 3 до 6 месяцев и от 6 до 12 месяцев ($61,0\pm 1,5$ мм и $60,9\pm 1,5$ мм соответственно), чем у больных со сроком заболевания более года ($55,3\pm 1,0$ мм). Устойчивые измене-

ния тревожного спектра были выявлены у 325 (73%) больных, депрессивные расстройства – у 140 (31%) больных. Средние значения уровня реактивной тревоги составляли: 43,9 балла для больных со сроком заболевания от 3 до 6 месяцев, 42,0 балла для больных со сроком заболевания 6-12 месяцев и 39,6 баллов для больных со сроком заболевания более 12 месяцев. Показатели личностной тревожности у больных с длительностью заболевания от 3 до 6 месяцев составляли $44,8 \pm 0,6$ баллов, от 6 до 12 месяцев – $44,3 \pm 0,5$ балла, у больных со сроком заболевания более 12 месяцев – $41,4 \pm 0,3$ балла. Выраженность тревожных расстройств имела обратную зависимость от длительности болевого синдрома: у больных с длительностью болей больше 1 года показатели тревожных нарушений были достоверно ниже, чем у больных с длительностью болей от 3 до 6 месяцев ($p < 0,01$) и от 6 месяцев до года ($p < 0,01$). При анализе корреляции клинических и психофизиологических показателей была отмечена статистически значимая связь степени выраженности боли с показателями реактивной тревоги ($r = 0,39$, $p < 0,001$) и личностной тревожности ($r = 0,40$, $p < 0,001$). Показатели выраженности депрессивных нарушений достоверно ($p < 0,01$) возрастали при увеличении длительности хронического болевого синдрома. У группы пациентов с длительностью болевого синдрома от 3 до 6 месяцев средние значения составили $18,8 \pm 0,5$ баллов; у больных, с длительностью заболевания от 6 до 12 месяцев средние показатели достоверно ($p < 0,01$) возросли и составили $20,4 \pm 0,4$ балла; в группе больных с длительностью заболевания более года средний балл депрессии оказался максимальным и составил $21,8 \pm 0,4$ балла.

Выводы: У больных с заболеваниями периферической нервной системы, психогенный компонент имеет существенное значение в формировании и развитии хронического болевого синдрома в целом. Выраженность тревожных расстройств коррелирует с выраженностью болевого синдрома, уменьшается с течением времени. Выраженность депрессивных нарушений с течением времени нарастает. Больным с заболеваниями периферических нервов, сопровождающимися хроническим болевым синдромом, необходимо проводить психофизиологическое тестирование с целью выявления аффективных расстройств и их целенаправленного лечения.

ТАКТИКА ВЫБОРА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Антонен Е.Г., Никитина М.В.

Петрозаводский ГУ, г. Петрозаводск

С целью выбора более рационального консервативного лечения больных с хронической ишемией мозга I–II стадии (ХИМ), на фоне эссенциальной артериальной гипертензии II стадии, II степени, риск II (эАГ) ($n=33$; средний возраст – $54,5 \pm 12,8$ года; преобладали женщины (69,7%) и лица со средним образованием (63,6%), состоявшие в браке (60,6%); число работающих/неработающих, имеющих/не имеющих инвалидность – было равным; длительность ХИМ – $1,67 \pm 0,7$ года, эАГ – $11,18 \pm 8,9$ лет (в течение всего исследования стабильные показатели пульса – $68,03 \pm 8,5$ уд. в мин., АДс – $132,12 \pm 17,63$ мм рт. ст., АДд – $82,72 \pm 7,61$ мм рт. ст.), предъявлявших жалобы общезлового характера на нарушение формулы сна и снижение памяти (по 100%), периодическую головную боль диффузного характера, связанную с эмоциональной или физической нагрузкой (84,9%), несистемное головокружение и шаткость при ходьбе (63,6%), шум в голове или ушах (60,6%), повышенную утомляемость, снижение работоспособности (54,5%), чувство общего дискомфорта (51,5%), причем более чем в 93,9% случаев у пациентов одновременно регистрировали 3–5 жалоб с частотой несколько раз в неделю; с когнитивными расстройствами лишь легкой степени (по MMSE – 29 ± 1 б., «Мини-ког» – 2 ± 1 б., MoCA-тест – 27 ± 1 б., но в 3,03% – снижение до 25 б.), но имеющих признаки депрессивных и тревожных расстройств легкой и умеренной степени ($10 \pm 2/1$ б. по ГШТДд/т соответственно); с очаговой неврологической симптоматикой (глазодвигательные нарушения, вегетативный и атактический синдромы) – проведена оценка терапии (комбинация 2–3 гипотензивных средств, дезагрегант, статины, антидепрессант (агомелатин 25 мг перед сном 8 недель)).

Установлено, что данная комбинация лекарственных средств улучшает качество ночного сна (на 75,8%), снижает частоту жалоб на периодическую головную боль диффузного характера, связанную с эмоциональной или физической нагрузкой (на 30%), несистемное головокружение и шаткость при ходьбе (на 21,6%), повышенную утомляемость, снижение работоспособности, чувство общего дискомфорта (на 18%) ($p < 0,01$); улучшает показатели когнитивных функций уже со 2-й недели лечения, а к концу 2-го месяца вызывает регресс симптомов тревоги, депрессии. Отмечена высокая степень зависимости между длительностью курса лечения и улучшением клинического состояния пациентов на всех этапах исследования (по MMSE ($r=0,37$, где r – коэффициент корреляции Спирмена) и MoCA-тесту ($r=0,42$); госпитальной шкале тревоги ($r=0,93$) и депрессии ($r=0,88$); $p < 0,01$). Минимальное количество побочных эффектов, возникших в ходе терапии, в виде кратковременного астенического синдрома (в 6,3% случаев) способствует формированию высокой приверженности к проводимой терапии заболевания.

Таким образом, правильно выбранная тактика оценки состояния больного – оценка жалоб и их преобладание, анамнестических данных, степени когнитивных, эмоциональных и поведенческих расстройств, неврологического статуса, адекватно подобранная терапия основного соматического заболевания (причины развития ХИМ), тактически правильно подобранное лечение синдромов тревоги и депрессии – позволяет достичь клинической эф-

фективности терапии ХИМ без больших экономических затрат на прием препаратов «второй» линии, например ноотропов, вазоактивных средств и др. Курсы лечения антидепрессантами должны быть длительными, с обязательным титрованием дозы в начале лечения, что позволяет избежать появления побочных эффектов и достичь высокой приверженности пациентов к проводимой терапии заболевания.

БОТУЛОТОКСИН А В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Антонен Е.Г.

Петрозаводский ГУ, г. Петрозаводск

С целью купирования хронической прогрессивной боли в спине у больных с болезнью Паркинсона (БП, n=246), имеющих в 100% случаев сенсорные нарушения полиморфного характера, в структуру комбинированной терапии боли ввели инъекции препарат ботулотоксина – ВТХ-А – Ксеомин (Xeomin; производства компании Merz Aesthetics; Германия), не содержащий комплексобразующих белков.

Пациентам с ригидно-дрожательной формой БП II стадии (по Хену и Яру) (n=7; м.:ж. – 4:3; в возрасте – 66:62 года; длительность заболевания – 4–5 лет) с умеренной степенью моторных расстройств (34,5 балла по UPRSD), на фоне лечения (АДАР; леводопа/карбидопа), без двигательных дискинезий, которых беспокоили хронические боли внизу спины (степень выраженности болевой синдром по вербальной аналоговой шкале боли (ВАШ) – 9 ± 1 б.) на фоне ДДЗП (остеохондроз – в 100%; спондилоартроз – в 75%; спондилез – в 50% случаев; по данным спондилограмм и МРТ позвоночника), с признаками двустороннего мышечно-тонического синдрома в нижней части спины, проводили обезболивающую терапию: НПВС, противосудорожные, антидепрессанты, миорелаксанты, анальгетики. На фоне лечения болевой синдром снизился до 6 ± 1 б. по ВАШ ($p < 0,05$), хронический прогрессивный характер боли в спине трансформировался в подострый ремитирующий, уменьшилась степень или полностью регрессировали аллодиния и гиперпатия. Острый характер боли (исходно – в 28,5% случаев) был полностью купирован. Боль (разлитая, двусторонняя, тянущая, усиливалась во второй половине дня и к ночи, не была связана с движением или положением тела; не соответствовала топическим зонам иннервации) продолжала локализоваться в нижней части спины, бедрах и голени (по задней поверхности). В 57,1% случаев усиление боли во второй половине дня сочеталось с окончанием действия очередной дозы леводопы. Осуществили введение 100 единиц ботулотоксина А с учетом противопоказаний по методике «фиксированных точек»: по 20 единиц ботулотоксина А в квадратную мышцу поясницы (в/м; по 4-е точки с каждой стороны). Остальной объем (60 ед.) вводили по методике «следя за болью» («follow the pain»; выбор точек для инъекций зависел от локализации боли; внутрикожно (игла вверх, под углом 45°), на глубину 2 мм, по 0,1 мл (2,5 ед.) в каждую точку (около меток на коже в виде сетки – 2 см²). Спустя 2 недели после введения ботулотоксина А боль уменьшилась до 3 ± 1 б. по ВАШ ($p < 0,05$). В 57,1% случаев пациенты полностью закончили проведение анальгезирующей терапии, в 28,5% случаев – продолжали эпизодический курсовой прием с хорошим терапевтическим эффектом. В одном случае терапия не дала положительного результата. Зарегистрирована хорошая переносимость лечения: у всех пациентов отсутствовали системные побочные эффекты, отмечена большая продолжительность действия ($4,7 \pm 1,6$ месяца) и высокая приверженность пациентов к лечению в будущем (85,7%); в 42,9% случаев в зоне в/м инъекций отмечались кровоподтеки небольшого размера.

Таким образом, боли в спине у больных с БП являются собственно сенсорными симптомами заболевания, носят гиперпатический характер; в 57,1% случаев – причина боли связана с флюктуацией конца дозы леводопотерапии сенсорного типа. В комплексной обезболивающей терапии при лечении немоторных сенсорных (болевых) расстройств болезни Паркинсона целесообразно использовать ботулотоксин, это приводит к значительному снижению интенсивности боли, улучшению качества жизни пациентов, создает «терапевтическое окно» для активной физической реабилитации.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНУСА ПРИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Ашнокова И.А., Коцюбинская Ю.В., Захаров Д.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность инъекций ботулотоксина типа А в коррекции гипертонуса жевательной мускулатуры, при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), код по МКБ-10 – K07.60.

Материалы и методы. Обследовано 404 пациента в возрасте $43 \pm 0,5$ года, из которых 51 человек – мужчины (12,6%, 353 – женщины 87,4%), с длительностью заболевания около 1 года с преобладанием в клинической картине стойкого болевого синдрома в области ВНЧС, ограничение открывания рта, нарушение жевания, гипертонуса мышц, бруксизма. В диагностических целях использовался инструментальный метод обследования жевательной мускулатуры – электромиография (ЭМГ). По результатам ЭМГ все пациенты были условно разделены на 4 группы. I группа пациентов: ЭМГ характеризуется симметричной тонической активностью, вариант нормы. Патологические результаты ЭМГ выявлено у 66 пациентов. II группа – 13 пациентов: ЭМГ характеризуется асимметрией сигнала от одноименных мышц справа и слева, биоэлектрическим молчанием, кратковременными одиночными всплесками мышечной активности. III группа – 19 пациентов: ЭМГ характеризуется наличием биоэлектрического молчания, гиперсинхронным сигналом. IV группа – 34 пациента: ЭМГ треморовидная, залповидная, у пациентов выражены периоды биоэлектрического молчания.

Пациентам с длительно протекающим синдромом болевой дисфункции ВНЧС проводилось амбулаторное лечение в виде инъекций ботулотоксина типа А в жевательные мышцы (*m. masseter* и *m. temporalis*) симметрично в общей дозе 100 – 120 единиц Xeomin либо Disport 300 единиц). Всего лечение ботулинотоксинами типа А получили пациенты, вошедшие в IV группу – 3 мужчин и 31 женщина. Спустя 4 недели проведен объективный осмотр и ЭМГ, для оценки эффективности лечения.

Результаты: По данным исследования выявлена положительная динамика в виде снижения гипертонуса, уменьшения болевого синдрома, снижена болезненная саливация, увеличение амплитуды движений нижней челюсти у 100% больных.

Выводы: Анализ результатов проведенного лечения убедительно свидетельствует о высокой эффективности применения инъекций ботулотоксина типа А у пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС, лечение было эффективным и безопасным.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОХРОНОТРОПНОЙ ВАЗОМОТОРНОЙ НЕЙРОГЕННОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МИГРЕНЬЮ

Бабаян Л.Э., Мамонтов О.В., Амелин А.В.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Мигрень – это широко распространенное заболевание, которое характеризуется приступами сильной головной боли, сопровождающимися тошнотой, рвотой, свето- и звукобоязнью. В патогенезе мигрени (МГ) имеет место нарушение регуляции сосудистого тонуса, однако, причина этого остается не вполне определенной. Предполагается изменение функции автономной нервной системы (АНС).

Цель исследования: оценить особенности кардиохронотропной и вазомоторной нейрогенной регуляции кровообращения у пациентов с МГ.

Материалы и методы: Обследовано 83 пациента с эпизодической формой МГ, в возрасте $32,6 \pm 10,2$ лет без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Группа контроля (ГК) – 35 сопоставимых по возрасту здоровых добровольца в возрасте $34,6 \pm 12,2$ лет. Всем пациентам выполнялось комплексное обследование АНС, включавшее тилт-тест (ТТ) по укороченному протоколу, оценку артериального барорефлекса (БРС), индекса Вальсальвы (ИВ), Е/І в пробе с глубоким дыханием, динамометрическую пробу (ДП) и холодовую вазоконстрикторную пробу (ХВК), отражающую динамику объемной скорости кровотока в кожно-мышечных сосудах предплечья во время холодового стресса. Параметры гемодинамики регистрировались с помощью монитора непрерывной регистрации артериального давления (АД) – Finometer-pro (FMS-Holland) и с помощью окклюзионного плетизмографа (по Donh).

Результаты и их обсуждение: При сборе анамнеза выявлено, что у пациентов с МГ отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии выявлялась у 60 (71%) пациентов, что было достоверно чаще, чем в контрольной группе – 13 (37%), $\chi^2=12,2$; $p<0,01$. В ходе инструментального обследования выявлено, что группы не различались по показателям, отражающим нейрогенную регуляцию сердечного ритма, таким как БРС ($13,5 \pm 6,9$ и $15,7 \pm 11,0$ мсек/мм Hg), ИВ ($2,3 \pm 0,5$ и $2,1 \pm 0,5$ отн. ед.) и Е/І ($1,37 \pm 0,12$ и $1,35 \pm 0,20$ отн. ед., $p>0,05$). Вместе с тем, в МГ группе чаще наблюдался парадоксальный прирост систолического АД во время ТТ (38 из 83 и 7 из 35, $\chi^2= 6,9$; $p<0,01$), прирост диастолического АД в ответ на ДП был выше ($22,2 \pm 4,3$ и $15,9 \pm 5,7$ мм Hg, $p<0,001$), а также отмечалась более выраженная ХВК ($52,4 \pm 19,5$ и $40,1 \pm 16,0$ мл/мин*см³, $p<0,01$).

Выводы: Таким образом, у пациентов с МГ по сравнению с ГК чаще выявляется отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии и наблюдается повышение системной нейрогенной вазомоторной реактивности, в то время как, в регуляции кардиохронотропной функции АНС значимых отличий выявлено не было.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОНО-КИСЛОРОДНЫХ ИНГАЛЯЦИЙ (КСЕНОНОТЕРАПИИ) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИГРЕНИ

**Базий Н.И., Стеблецов С.В., Бирев И.Ю. Коваленко П.А.,
Курбангалиев Р.И., Потапкина Ю.М.**

КБ №1 (Волынская) Управления делами Президента РФ, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва

В последние десятилетия отмечается значительное возрастание роли современных российских медицинских технологий в терапии пациентов с заболеваниями нервной системы. Одной из ведущих проблем современной неврологии является лечение мигрени. Терапия этого заболевания включает в себя устранение головной боли и сопутствующей симптоматики, восстановление функциональной активности, а также профилактику возникновения приступов. Применение анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, триптанов и антиконвульсантов не всегда эффективно решает эти задачи. На базе ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и Клинической больницы №1 УДП РФ проводится исследование эффективности применения ксеноно-кислородной смеси для купирования и профилактики мигренозных цефалгий. Ксенон оказывает агонистическое воздействие на рецепторы головного мозга, ингибирует выделение нейропептидов из центральных окончаний тройничного нерва, снижает их возбуждение и, тем самым, блокирует проведение болевого синдрома.

Нами обследовано 28 пациентов с мигренозными цефалгиями. При неэффективности стандартной терапии применялись ингаляции ксенона. Оценка болевого синдрома осуществлялась по критериям визуальной аналоговой шкалы (E. Huskisson, 1974), вербальной рейтинговой шкалы оценки боли (A.J. Frank, 1982), вербальной описательной шкалы оценки боли (F. Gaston-Johansson, 1990). У всех пациентов удалось купировать болевой синдром примерно на 3-4 минуте ингаляции. Отмечалась зависимость длительности эффекта от продолжительности ингаляции и наличия сопутствующей симптоматики (тошноты, рвоты). При продолжительности ингаляции менее 10 минут практически у всех пациентов боли возобновлялись через 5-7 минут после процедуры; однако, при этом субъективно отмечалось снижение их интенсивности и восстановление эффективности принимаемых перорально анальгетиков. При продолжительности ингаляции от 10 минут и более возобновление болей отмечалось только у четверых пациентов (15%) через 30-60 минут. Если приступ мигрени сопровождается рвотой, выполнение ингаляций сопряжено с техническими трудностями и, в большинстве случаев, не результативно. Зависимости эффективности терапии от длительности болевого синдрома нами не отмечено – одинаково хорошо купировались головные боли продолжительностью как несколько часов, так и несколько минут.

Применение ксенонотерапии для профилактики гемикрании обусловлено воздействием на психогенные аспекты патогенеза мигрени; к ним относятся психотравмирующие ситуации, хронический стресс с выраженными эмоциональными и личностными изменениями. Наиболее эффективно профилактическое применение ингаляций ксенона при периодических (циклических) и сезонных мигренях. Нами наблюдалось 12 пациенток с периодическими (менструальными) мигренями. Применение 5 ежедневных ингаляций ксенона за 10 дней до наступления менструации позволило предупредить приступы ежемесячных головных болей у 9 пациенток, а у остальных приступы проходили с меньшей интенсивностью и продолжительностью. Одиннадцати пациентам, с возникающими ежегодно в осенне-весенний период приступами головной боли, проводили курс из 5 процедур ингаляций ксеноно-кислородной смесью с целью профилактики приступов. У 7 из них удалось предотвратить появление головных болей, остальные отмечали уменьшение их интенсивности и продолжительности, а также снижение дозы и частоты приема анальгетиков.

Таким образом, применение ингаляций медицинского ксенона эффективно для купирования приступа мигрени и для профилактики ее возникновения. Ксенонотерапия может проводиться как в сочетании со стандартной терапией, так и в качестве монотерапии. По нашим предварительным данным этот метод эффективен для профилактики цефалгий при периодических и сезонных мигренях. Представляется целесообразным более широкое внедрение ксенонотерапии в клиническую практику терапии головной боли.

«ЗАМЕНИТЬ» ИЛИ «ДОБАВИТЬ» АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ НЕУДАЧНОЙ МОНОТЕРАПИИ?

Базилевич С.Н., Прокудин М.Ю., Дыскин Д.Е., Скиба Я.Б., Моисеева А.М.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: С конца 80-х годов XX-столетия «золотым» стандартом лечения эпилепсии является монотерапия антиэпилептическими препаратами (АЭП). Но при этом, в последнее время, все чаще обсуждается вопрос о назначении ранней политерапии (вместо второй монотерапии) после неудачи адекватно назначенного первого АЭП. Принятие решения «заменить» или «добавить» возлагается на лечащего врача.

Цель исследования: Выявить клинико-диагностические критерии больных эпилепсией, позволяющие обосновано использовать раннюю политерапию после первой неудачной монотерапии.

Материалы и методы: Из базы данных клиники нервных болезней нами проанализированы 2 группы пациентов с дебютом эпилепсии в подростковом или взрослом возрасте: 1 гр. (n=150) – с ремиссией эпилепсии на монотерапии (не менее 2-х лет), 2 гр. (n=150) – пациенты раньше или позже перешедшие на политерапию. Пациенты должны были находиться под динамическим наблюдением, иметь адекватно назначенные схемы терапии АЭП и минимальный комплекс обследований для постановки формы эпилепсии (ЭЭГ (ЭЭГ-мониторинг), МРТ (КТ) головного мозга. Большинство больных с криптогенной локально-обусловленной эпилепсией имели обследования с помощью функциональных методов нейровизуализации (ПЭТ, ОФЭКТ, Н1-МРС)

Результаты и их обсуждение: У взрослых пациентов абсолютных клинических и диагностических критериев для назначения ранней политерапии нет (так же как и нет форм для стартовой политерапии). Существуют факторы, которые достоверно чаще встречаются в группе больных нуждающихся в политерапии (могут являться обоснованием для назначения ранней политерапии): – комбинация парциальных и вторично-генерализованных припадков, частые парциальные припадки с дебюта заболевания, склонность к серийности; по данным ЭЭГ – наличие фокальной активности и склонности к билатеральной синхронизации (билатерально-синхронной активности), наличие нескольких независимых очагов, полиморфизм эпилептиформных изменений; по данным нейровизуализации – при симптоматических формах – склероз гиппокампа, фокальные дисплазии с дебютом эпилепсии в подростковом возрасте, прогрессирующие макроструктурные поражения головного мозга, при криптогенных формах – выраженные (очаговые/диффузные) изменения по данным функциональной нейровизуализации с дебютом в подростковом возрасте. Основным критерием для решения вопроса «вторая монотерапия» или «альтернативная политерапия» после неудачи первой монотерапии является эффективность и переносимость первого адекватно назначенного АЭП. У больных с идиопатическими генерализованными эпилепсиями должна использоваться вторая монотерапия.

Заключение: Ранняя политерапия (альтернативная дуотерапия) после первой неудачной монотерапии может обосновано применяться у взрослых больных с локально-обусловленными формами эпилепсии при определенных клиничко-диагностических критериях и положительном ответе на первый адекватно назначенный АЭП, при этом выбор второго препарата должен быть индивидуальным и рациональным.

ПРЕГАБАЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Барсуков И.Н., Андреева Г.О., Емельянов А.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Распространенность сахарного диабета (СД) и часто возникающие его осложнения у лиц различного пола, возраста и социального статуса, дают право считать эту патологию одной из актуальных проблем современной медицины. Практически облигатным неврологическим осложнением СД является полиневритический синдром, который по данным многих авторов выявляется в 72-97% случаев у лиц страдающих диабетом. Особо внимания заслуживает болевой синдром, который, в различной степени выраженности, наблюдается более чем в 70% случаев при диабетической полинейропатии (ДП). В лечении болевого синдрома при ДП в обычной практике традиционно используют местные анестетики, адьювантные анальгетики и анальгетики из группы опиатов, антиконвульсанты и антидепрессанты.

Материалы и методы: Проведено обследование и лечение 112 больных (102 (91,1%) мужчин и 10 (8,9%) женщин), страдавших СД и имевших клинические проявления сенсомоторной полиневропатии с болевым синдромом. Средний возраст больных составил 51,2 года, длительность СД – 14,8 года. Длительность болевого синдрома от 2 мес. до 1, 5 лет. Пациентов с диабетом 1 типа обследовано 32 (28,6%), с диабетом 2 типа – 80 (71,4%). Все пациенты получали гипогликемическую терапию и традиционное медикаментозное лечение – альфа-липоевую кислоту, витамины группы В, никотиновую кислоту и ненаркотические анальгетики. Нами проведено исследование влияния препарата прегабалин на выраженность болевого синдрома у больных со смешанными формами ДП. Являясь антиконвульсантом с центральным механизмом болеутоляющего действия, прегабалин имеет высокую аффинность к альфа-2-дельта протеину в центральной нервной системе, связывание с которым приводит к уменьшению высвобождения ряда нейротрансмиттеров боли (включая глутамат, норадреналин и субстанцию Р) в перевозбужденных нейронах. Выделено 2 группы больных. Первую группу составили 65 человек, получавших, кроме традиционной терапии, в качестве обезболивающего средства прегабалин в дозе по 300 мг 2 раза в сутки в течение 4 недель. Вторую группу составили 47 пациентов, получавших только традиционную терапию. Для объективизации патологии нами применялось клиническое неврологическое обследование, ЭНМГ, а так же психологические исследования.

Результаты и их обсуждение: Проведенное нами исследование показало, что применение прегабалина в дозе 300 мг в сутки в течение не менее 4 недель у пациентов с выраженными полиневритическими болями достоверно способствует обратному развитию субъективных и объективных клинических признаков полиневропатии

и приводит к значительному редуцированию болевых ощущений и достаточно выраженным противотревожным действием.

Выводы: Использование прегабалина в комплексной терапии больных с выраженным болевым синдромом при диабетической полинейропатии может успешно использоваться как в условиях стационара, так и амбулаторно.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В УСЛОВИЯХ НПЦ ДП

Батышева Т.Т., Трепилец В.М., Трепилец С.В.

Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва

Эпилепсия характеризуется не только повторными эпилептическим приступам, но и когнитивными, психологическими и социальными последствиями заболевания. При назначении антиэпилептического препарата должно учитываться его влияние не только на эпилептические приступы, но и на соматический статус и дальнейшее развитие ребенка. Для детской практики характерны возраст-зависимые формы эпилепсии со своими особенностями терапии, а выбор АЭП может отличаться от тактики лечения взрослых пациентов. У 25-30% детей с эпилепсией отмечаются резистентные формы заболевания (Verrotti A., 2011). 26% детей с эпилепсией имеют побочные эффекты от АЭП (Cross J.H., 2013). Постоянно разрабатываются все более эффективные и безопасные антиэпилептические препараты. Однако выбор наиболее подходящего антиэпилептического препарата у детей является сложной задачей.

Зонисамид применяется в монотерапии у взрослых с впервые диагностированными фокальными приступами и в качестве дополнительной терапии у взрослых, подростков и детей с 6 лет с фокальными и вторично генерализованными приступами. С сентября 2014 года препарат разрешен к применению в России в качестве дополнительной терапии у взрослых и детей с 6 лет с фокальными и вторично генерализованными приступами. Использование препарата в педиатрии основано на результатах трехфазного двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого многоцелевого испытания, подтвердившего высокую эффективность препарата в качестве дополнительной терапии фокальных эпилепсий (Guerrini R., 2013).

Цель исследования: уточнить эффективность и переносимость зонисамида в качестве дополнительной терапии резистентных форм эпилепсии у детей и подростков в возрасте от 6 лет.

Материалы и методы: Проводился ретроспективный анализ историй болезней 42 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет (19 девочек и 23 мальчика) с фокальными формами эпилепсии, получавших препарат зонисамид не менее 6 месяцев в качестве дополнительной терапии в комбинации с вальпроевой кислотой, карбамазепином и леветирацетамом.

Результаты и их обсуждение: Преобладали симптоматические формы эпилепсии (26 человек, 61,9%), на втором месте находились криптогенные формы (12 человек, 28,6%), идиопатические формы составили 9,5% (4 человека). Максимальная суточная доза препарата не превышала 300 мг/сут. Уменьшение числа приступов отмечено у 90,5% пациентов, получавших зонисамид. Снижение числа приступов на 50% и более составило 38% (на 24 неделе терапии) и 35% (на 32 неделе терапии). Полное купирование приступов отмечено у 16,7% пациентов. Наиболее распространенные побочные эффекты, отмеченные при терапии зонисамидом и не влиявшие на схему лечения, – сонливость и головная боль в первые 3 месяца терапии и снижение массы тела не более 10%, преимущественно у детей с гипертрофией. У 3 пациентов препарат был отменен в связи с выраженными побочными эффектами. После 6 месяцев терапии отмечалось снижение выраженности побочных эффектов, возможно связанное с переходом детей на однократный прием препарата после достижения средней терапевтической дозы.

Выводы: Результаты исследования могут быть полезны для дальнейших исследований и лечения эпилепсии современными препаратами. Несмотря на небольшое количество пациентов и короткие сроки терапии зонисамидом, препарат показал хорошую эффективность и переносимость в качестве дополнительной терапии у детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет с резистентными формами эпилепсии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЭГ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Березина И.Ю., Сумский Л.И., Куксова Н.С.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

Введение: Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) позволяет оценить функциональное состояние мозга в целом и отдельных его образований у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материалы и методы: Обследовано 22 пострадавших, которым было выполнено ЭЭГ исследование до операции и в раннем послеоперационном периоде. В 10 случаях ЭЭГ регистрировали до 5 раз. У большинства обследованных больных были выявлены гематомы: эпидуральные (11 пострадавших) объемом от 17 до 85 см³, субдуральные (девять пострадавших) объемом от 23 до 76 см³ и внутримозговые (два наблюдения) объемом от 18 до 50 см³. ЭЭГ регистрировали на установке «Нейрон-Спектр – 5/ВП» фирмы «НейроСофт» (Россия), а также на аппарате «Энцефалан-131-03, ЭЭГА-21/26» фирмы «Медиком МТД» (Россия) согласно международным рекомендациям клинических нейрофизиологов. Была проведена компьютерная обработка полученных данных с вычислением мощности частотного спектра и построением топографических карт основных ритмов ЭЭГ.

Результаты и их обсуждение: В дооперационном периоде нарушения ЭЭГ были выявлены у всех обследованных пациентов, при этом степень нарушений в большинстве наблюдений (16 человек) расценивалась как умеренная: зональные различия были сохранены, но альфа-ритм был нерегулярный, полиморфный, снижен по амплитуде, регистрировалась медленная активность тета-частотного диапазона диффузно по всем отведениям. На данном фоне у 9 пострадавших регистрировались билатеральные вспышки альфа-тета частотного диапазонов, генерализованного характера. У остальных 6 пострадавших были выявлены значительные нарушения ЭЭГ: альфа-ритм практически не регистрировался, доминировала медленная активность тета-дельта-частотного диапазонов, как диффузно по всем отведениям, так и в виде билатеральных генерализованных колебаний. Межполушарная асимметрия или локальные изменения были отмечены в 40,9% наблюдений и выражались в преобладании патологической медленной активности на стороне морфологической деструкции. В послеоперационном периоде, нарушения ЭЭГ были зарегистрированы также во всех наблюдениях. Было показано, что положительная динамика на ЭЭГ была отмечена в 8 наблюдениях, отрицательная динамика в виде нарастания медленной патологической активности, появлении пароксизмальной активности – у 5 пациентов, у остальных пострадавших (девять человек) существенных изменений в ходе динамического наблюдения отмечено не было. Анализ полученных результатов показал, что у пострадавших с тяжелой ЧМТ нарушения спонтанной электрической активности выявляются в 100% случаев, однако, при этом, у большинства обследуемых пациентов степень нарушения ЭЭГ можно было расценить как умеренную, и только у трети пострадавших имели место значительные нарушения ЭЭГ. Отсутствие грубых изменений на ЭЭГ вероятно может объясняться небольшой степенью деструкции мозга. В послеоперационном периоде степень выраженности нарушений электрической активности также зависела от степени деструкции мозга. Более грубые изменения ЭЭГ отмечались у пациентов с объемом удаленной гематомы 75-85 см³, а умеренные – при объеме гематомы менее 50 см³. Относительная сохранность функциональной активности мозга у пострадавших с тяжелой ЧМТ как в дооперационном, так и в ближайшем послеоперационном периоде, может быть расценена как благоприятный прогностический признак.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Бисага Г.Н., Онищенко Л.С., Волк Д.А., Сухорослов М.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Аутоиммунные реакции при рассеянном склерозе (РС) могут быть направлены против различных антигенов миелина, часть из которых присутствует одновременно в центральной (ЦНС) и в периферической нервной системе (ПНС). Кроме того, спектр антигенов, вовлеченных в аутоиммунные реакции, может постепенно, по мере прогрессирования заболевания, расширяться и включать дополнительные антигены, в том числе антигены ПНС. В последнем случае можно ожидать выявление как клинических (онемение, расстройства чувствительности), так параклинических (при электронейромиографии, исследовании соматосенсорных вызванных потенциалов и др.) изменений, свидетельствующих о поражении ПНС при РС. В данной работе проведено изучение морфологических изменений в периферическом нерве пациента с РС.

Материал для электронной микроскопии был взят через 6 часов после смерти пациента, страдающего вторично-прогрессирующим РС, и представлял из себя черепные нервы VII, VIII и IX пар.

В результате электронно-микроскопического исследования было выявлено, что большинство Шванновских клеток (ШК) находилось в состоянии морфофункционального напряжения, а у некоторых цитоплазма была дистрофически изменена по светлomu типу. Кроме того, в цитоплазме отдельных ШК наблюдались выраженные вакуолизация и глиоз. Ядра в некоторых ШК имели светлую кариоплазму с измененным хроматином и измененной структурой ядрышка. Малая часть ШК имела признаки апоптоза, еще меньшая – некроза.

В миелиновых волокнах (МВ) часто наблюдалась нормальная структура миелина, хотя он выглядел несколько более тонким, а ламеллы были слипшимися. В крупных МВ миелин выглядел набухшим и очагово измененным по типу гиперосмиофильных участков и зон локального разволокнения. В некоторых МВ отмечалось выраженное разволокнение миелиновых оболочек и спонгиозная демиелинизация. В единичных МВ наблюдались разрывы миелиновой оболочки. Следует отметить, что в части случаев миелиновые волокна образовывали структуры, напоминающие колбы роста. Тогда МВ располагались группами, имели нормальную структуру осевых

цилиндров и лишь несколько более тонкую миелиновую оболочку. В большинстве МВ с сильно разволокненным миелином осевые цилиндры были дистрофически изменены по светлому типу, а в единичных случаях – по темному типу. Практически все перехваты Ранвье были изменены, в наибольшей степени были разрушены участки в области насечек Шмидта-Ландермана.

Изменение эндоневрия заключалось в том, что глиофибриллы располагались отдельными пучками – межклеточный глиоз. Иногда в эндоневрии группами по 2-3 штуки вблизи сосуда встречались амилоидные тельца, окруженные мелкими миелиновыми волокнами и пучками глиофибрилл. Фибробласты, входящие в состав нерва, находились в состоянии морфофункционального напряжения.

В сосудах наблюдался капилляростаз из эритроцитов и других форменных элементов и дистрофия эндотелиоцитов по светлому типу. В единичных сосудах дистрофически изменены были перициты, а эндотелиоциты находились в состоянии морфофункционального напряжения, изредка имели признаки апоптоза.

Заключение: Обнаруженные изменения ШК, миелина и сосудов капиллярного русла свидетельствуют о наличии признаков воспаления, демиелинизации и дегенерации аксонов в ПНС у данного пациента с РС. Частота встречаемости подобных изменений при РС нуждается в уточнении. Также в дальнейшем необходим детальный анализ соматического статуса пациентов для исключения других причин полиневропатии.

КОРРЕЛЯЦИИ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Брохин Л.Ю., Каракулова Ю. В.

Пермский ГМУ им. Е.А. Вагнера, г. Пермь

Цель исследования: изучение электрофизиологических показателей (спектральный анализ) и поиск корреляций нейрофизиологических показателей с личностными особенностями.

Материалы и методы: Проведено обследование 25 пациентов с эпилепсией и 18 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 25 лет. Всем проводились клинико-anamnestическое, неврологическое, клинико-психопатологическое и электроэнцефалографическое исследование со спектральным анализом. Особенности личности определялись с помощью Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММП (СМИЛ)). Для статистической обработки использовалась STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждение: У обследованных были выявлены достоверные прямые корреляционные связи средней силы с баллами по шкале депрессии (2, D): в Δ -диапазоне: в отведении С3А1 (по средней частоте), в левом теменном отведении Р3А1 (по средней и полной мощности спектра), в левом височном отведении Т5А1 (по средней и полной мощности спектра, по средней и полной амплитуде спектра); в высокочастотном β -диапазоне: в лобных отведениях F3А1 (по максимальной мощности спектра, средней и полной амплитуде спектра), F4А2 (по максимальной мощности спектра), FzА1 (по максимальной средней и полной мощности спектра, средней и полной амплитуде спектра), в центральном отведении CzА1 (по максимальной мощности и амплитуде спектра); в диапазоне 1-20 Гц (усреднено по отведениям): в левом височном отведении Т5А1 (по средней и полной мощности спектра).

В результате исследования по шкале эмоциональной лабильности/истерии (3, Ну) выявлены достоверные прямые корреляционные связи средней силы с баллами: в диапазоне 1-2 Гц: в левом теменном отведении Т5А1 (по максимальной мощности спектра); в Δ -диапазоне: в левом теменном отведении Т5А1 (по максимальной мощности спектра); в высокочастотном β -диапазоне: в центральном отведении С3А1 (по максимальной, средней и полной мощности спектра), в центральном отведении CzА2 (по максимальной мощности спектра), в лобном отведении F7А1 (по мощностному индексу); в диапазоне 19-20 Гц в лобном отведении F4А2, центральном отведении С3А1 (по средней амплитуде спектра); в диапазоне 1-20 Гц (усреднено по отведениям) в левом теменном отведении Т5А1 (по средней и полной мощности спектра).

Заключение: Для ряда параметров спектрального анализа ЭЭГ корреляционная связь с показателями отдельных шкал ММП оценена как средняя (коэффициенты Пирсона 0,3 – 0,7 или -0,3 – -0,7). Данные коэффициенты достоверны ($p=0,01$; 0,001). Наличие средней по силе, достоверной ($p=0,01$; 0,001) корреляционной связи между отдельными показателями спектрального анализа ЭЭГ и ММП свидетельствует о возможности разработки объективных нейрофизиологических критериев диагностики личностных расстройств на основе спектрального анализа ЭЭГ.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛОКАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Василенко А.В., Лобзин С.В., Фоминцева М.В., Онищенко Л.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В многочисленных печатных работах, посвященных нейроинфекциям, убедительно доказано, что именно они могут лежать в основе целого ряда неврологических заболеваний, в том числе и эпилепсии (Скрипченко Н.В. и соавт., 2014). Однако, значение нейроинфекционных факторов при локально обусловленных формах эпилепсии (ЛОЭ) в научной литературе освещено недостаточно.

Материалы и методы: Обследовано 127 больных с ЛОЭ, имеющей постинфекционное происхождение. У всех обследованных выполнены клиничко-неврологические, нейрофизиологические (Видео-ЭЭГ мониторинг), нейровизуализационные (МРТ головного мозга по специальной эпилептической программе), лабораторные (анализ крови, ликвора и слюны на инфекционные маркеры), нейрогистологические и электронномикроскопические исследования. Полученные данные обрабатывались при помощи стандартных методов статистического анализа.

Результаты и их обсуждение: В анамнезе из 127 обследованных больных с ЛОЭ в 33% наблюдений имел место серозный менингоэнцефалит, в 2,5% случаев – гнойный менингоэнцефалит, в 11,5% – инфекционный мононуклеоз, в 9% – цитомегаловирусная инфекция, в 15% – перенесенная во взрослом возрасте детская инфекция, в 3% – хламидиоз, в 7% – клещевой энцефалит, в 1% – боррелиоз, в 1% – ВПЧ, в 1% – активная хроническая микоплазменная инфекция и в 17% – неуточненные инфекции, в том числе перинатальные. Этиологическим отражением перенесенного ранее инфекционного процесса в абсолютном большинстве случаев были данные клиничко-неврологического обследования, которые демонстрировали очаговую неврологическую симптоматику. Так, при повторных ЭЭГ исследованиях у абсолютного большинства обследованных с ЛОЭ локальная эпилептиформная активность обнаруживалась в виде стойкого очага, а в 28% случаев выявлялось более одного очага. При МРТ головного мозга больных с ЛОЭ наблюдалась асимметрия боковых желудочков и/или расширение височного рога одного из них (72%), расширение щелей субарахноидального пространства (33%), локальная или диффузная атрофия коры (32%), кранио-вертебральные аномалии (32%), склероз гиппокампа и различные варианты его строения в виде инверсии или округлой формы (36%), кистозно-глиозные изменения, внутримозговые и арахноидальные кисты. При лабораторном исследовании биологических сред у 89 (70%) больных с ЛОЭ постинфекционной этиологии была диагностирована герпетическая микст-инфекция, подтвержденная положительными ПЦР с антигенами HSV I/II, EBV, CMV, HHV 6, HHV 7 в различных сочетаниях. Нейрогистологические и электронномикроскопические исследования у больных с ЛОЭ постинфекционной этиологии выявили отчетливое увеличение количества митохондрий, а также выраженные изменения матрикса и крист в этих органоидах. Последний факт может, вероятно, указывать на мутации митохондриальной ДНК и запуск каскада перекисно-окислительных реакций.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты убедительно доказывают, что нейроинфекционные факторы имеют важное значение в патогенезе локально обусловленных форм эпилепсии и их наличие следует учитывать при разработке алгоритма комплексной диагностики данного заболевания.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПРИЗЫВНИКОВ, ОБСЛЕДУЕМЫХ В ОТДЕЛЕНИИ НЕВРОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ГОРОДА

Васильева С.С., Лучкина И.В., Черенков А.А.

ГБ №10, Ижевск

Общеизвестно, что за последние годы состояние здоровья призывников имеет четкую тенденцию к ухудшению. Достаточно высоким остается уровень призывников, проходящих обследование по линии военкоматов в отделениях неврологии. Так, по данным годовых отчетов нашего стационара выявлено, что призывники составляют 6,74% всех пациентов прошедших через отделение неврологии БУЗ ГБ №10 г. Ижевска.

Целью данного исследования была оценка состояния вегетативного статуса у призывников, проходящих стационарное обследование по направлению военкоматов.

Исследование проведено у 99 пациентов за трехлетний период. Как уже указывалось, все они поступили по направлениям военкоматов с диагнозами:

- дисонтогенетический остеохондроз различных отделов позвоночника – 31,4%;
- эпилептические синдромы – 24,3%;
- последствия ЧМТ – 21,6%;
- синкопальные нарушения различного генеза – 10,1%;
- демиелинизирующие заболевания ЦНС – 6,3%;

– прочие – 6,1%.

Для оценки вегетативного статуса применяли анкету, составленную по модифицированной методике А.М. Вейна, госпитальной шкалы тревог и депрессии (HADS) и данных индекса Кердо. Кроме того, использовали Монреальскую шкалу когнитивных расстройств (MoCa).

В ходе исследования выявлено наличие у 74,11% пациентов вегетативных нарушений как перманентных, так и пароксизмальных. При этом у 3,8% наших больных были зарегистрированы панические атаки. У 67,3% больных выражен в той или иной степени астенический синдром. У 65,7% имел место хронический цефалгический синдром (цефалгия напряжения).

При исследовании индекса Кердо выявлено преобладание парасимпатических влияний (у 63,5%). У 23% наблюдалось невыраженное нарушение когнитивных функций (от 18 до 24 баллов по шкале MoCa), при этом у 14% пациентов данные нарушения сопровождались пограничными психическими расстройствами.

Таким образом, выявлено изменение вегетативного статуса у с призывников, при этом не выявляется четкой связи вегетативных расстройств с основным заболеванием. Преобладает тормозное влияние в деятельности вегетативной системы. Кроме того, выявлен достаточно высокий уровень астении и когнитивных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОВ С ТУННЕЛЬНЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ СРЕДИННОГО НЕРВА

Вильяр Флорес Ф.Р., Лобзин С.В., Александров Н.Ю., Малецкий Э.Ю., Милутка Ю.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Самым распространенным видом туннельной невропатии верхних конечностей является синдром запястного канала (СЗК). К инструментальным методам диагностики данных синдромов относятся электронейромиографическое (ЭНМГ) и ультразвуковое исследования (УЗИ).

Цель исследования: проведение анализа взаимосвязи между клиническими проявлениями туннельных невропатий срединного нерва (СН) и данными ЭНМГ и УЗИ.

Материалы и методы: Исследование проводилось в СЗГМУ им. И.И. Мечникова в 2012-2015 гг. на базе кафедры функциональной диагностики и кафедры неврологии им. акад. С.Н. Давиденкова. В исследовании приняли участие 75 пациентов, из них было 45 женщин (60%) и 30 мужчин (40%), в возрасте от 33 до 90 лет (средний возраст $62 \pm 1,4$ лет). Всем пациентам было выполнено комплексное клиническое обследование, включавшее в себя изучение жалоб, анамнеза, оценку объективного неврологического статуса, провокационные тесты. Всем больным была выполнена стимуляционная ЭНМГ на электромиографе Nicolet VikingSelect и ультразвуковое исследование туннелей на сканере «LOGIQ 9» (GE) с использованием широкополосных линейных датчиков с частотой сканирования 11-14 МГц.

Результаты и их обсуждение: Нами была установлена корреляция между основными клиническими признаками и степенью выраженности поражения нерва по данным ЭНМГ у больных с СЗК. У 39 (81,3%) пациентов с СЗК была доказана взаимосвязь между положительным тестом Фалена и выраженной степенью поражения СН по данным ЭНМГ ($p < 0,001$); наличие положительной корреляции между симптомами «преходящего» онемения у 37 (48,1%), а также стойким онемением пальцев с атрофией *m. abductor pollicis brevis* – 4 (80%) и выраженной степенью поражения СН ($p < 0,001$); двигательные расстройства в виде пареза мышцы имели связь со степенью выраженности поражения СН по ЭНМГ – 51 (34%) ($p < 0,001$). Нами была установлена корреляция основных клинических симптомов с результатами УЗИ нервов, где была характерная взаимосвязь между жалобами на онемения по ночам и утолщением СН по данным УЗИ в 45 (95,7%) случаев ($p < 0,05$). У 23 (100%) случаев выявлялась взаимосвязь между положительным тестом Фалена и утолщением СН по данным УЗИ. Однако наблюдалась отрицательная корреляционная связь между степенью тяжести онемения, двигательных нарушений по шкалам оценки выраженности пареза.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что результаты основных клинических показателей имеют корреляционную взаимосвязь с данными ЭНМГ и УЗИ. Однако, нужно отметить, что более выраженная взаимосвязь была получена при сопоставлении клинических данных и результатов ЭНМГ ($p < 0,001$).

СТИМУЛЯЦИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСЕ С ДИСПОРТОТЕРАПИЕЙ И МЕТОДОМ ЭТАПНОГО ГИПСОВАНИЯ

Власенко С.В., Кушнир Г.М., Пономаренко Е.Н., Османов Э.А.

*Евпаторийский военный детский клинический санаторий, г. Евпатория
Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь Евпаторийская ГБ, г. Евпатория*

В центре клинической картины детского церебрального паралича (ДЦП) находится синдром двигательных нарушений. Характерная системность двигательных расстройств свидетельствует о неполноценности структур мозга, регулирующих мышечный тонус, избирательная ранимость которых и определяет стереотипность двигательных нарушений. Ведущим механизмом в нарушении моторики при ДЦП является патологическая активность нижнестволовых отделов мозга как результат поражения или ослабления субординационного регулирующего влияния структур среднего мозга и коры больших полушарий. В санатории в комплексном лечении двигательных нарушений применяется метод этапного гипсования нижних конечностей в сочетании с введением токсина ботулизма тип А «Диспорт».

Цель исследования – изучение состояния пространственного представления и их динамики под влиянием метода этапного гипсования на основе нейропсихологического тестирования.

Под нашим наблюдением находилось 340 детей с церебральным параличом спастической диплегии в возрасте от 8 до 12 лет. Всем детям проводился курс этапного гипсования ног с введением препарата «Диспорт» и последующим комплексом восстановительного санаторно-курортного лечения. Педагоги-корректоры проводили занятия с детьми по специальным методикам, направленным на улучшение межполушарного взаимодействия, стимуляцию высших психических функций. Всем детям проводилось комплексное нейропсихологическое обследование по методике, разработанной Лурия А.Р., Семенович А.В. с акцентом на изучение пространственных представлений с помощью проб «слепые часы, дом, дерево, человек», копировании фигур Тейлора, Деннмана, Рея-Остеррица.

В результате проводимого лечения клиническое улучшение было достигнуто у всех больных. Методом этапного гипсования произведена коррекция порочных положений сегментов нижних конечностей и деформации стоп. При повторном нейропсихологическом обследовании в блоке стратегии оптико-пространственной деятельности – хаотическая была переведена в пофрагментарную, в то же время увеличение дедуктивной стратегии не произошло. Улучшения были по блокам метрических и структурно-топологических представлений. Проводимые в течение дня занятия с ребенком, направленные на стимуляцию высших психических функций после значительного расширения двигательных возможностей, оказываются более плодотворными. Положительная динамика в группе пространственных представлений по результатам нейропсихологического тестирования позволяет сделать вывод, что расширение двигательных возможностей после проведенного этапного гипсования и ботулинотерапии приводит к постепенному восстановлению межполушарного взаимодействия за счет образования новых функциональных связей.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Волынкин А.А., Власов П.Н., Ахвледиани К.Н., Петрухин В.А.

*МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Москва*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенному виду травм. В России частота встречаемости ЧМТ составляет 1,6-8,65 случая на 1000 населения, в Москве от 2 до 4,3 случая на 1000 человек. Наиболее часто поражаются лица молодого возраста от 25 до 40 лет, что имеет социальное и демографическое значение. Отдаленный период ЧМТ в 30% случаев служит причиной развития вегето-висцеральных расстройств, астенических состояний, симптоматической эпилепсии и может приводить к стойкой дезадаптации.

Цель исследования: Изучить особенности клинических проявлений последствий ЧМТ у беременных.

Материалы и методы: Клиническое обследование 47 беременных с ЧМТ с применением шкал астении (MFI-20); тревоги и депрессии (HADS); оценки психического статуса (MMSE); субъективной оценки качества сна (Левин Я.И.) и вегетативной анкеты (Вейн А.М.) с применением дополнительных вегетативных проб.

Результаты и их обсуждение: Все пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа – сотрясение головного мозга (СГМ); 2-я группа – ушиб головного мозга (УГМ). У двух беременных ЧМТ (СГМ) получена во время беременности (1 и 2 триместры), у всех остальных – до наступления беременности (от 4-х месяцев до 14 лет). По

данным тщательного клинического обследования у беременных был выявлен ряд неврологических синдромов. Так, при СГМ 44,7% (n=21) наиболее часто наблюдался синдром вегетативной дисфункции (СВД) с его клиническими проявлениями в виде: вегетативно-сосудистых кризов (23,8%; n=5); психовегетативного синдрома (23,8%; n=5); цефалгического синдрома (головная боль напряжения – 33,3% (n=7); мигрень – 9,5% (n=2)). Тревожный (42,8%; n=9), диссомнический (38%; n=8; пресомнические нарушения 23,8%; n=5) и астенический (14,3%; n=3) синдромы часто выявлялись у пациенток в 1-й группе. В 2-х случаях (9,5%) имелись признаки умеренного когнитивного расстройства (УКР); в 1 случае наблюдалась симптоматическая эпилепсия (СЭ) (4,7%). Среди беременных с УГМ (55,3%; n=26) часто выявлялся СВД: вегетативно-сосудистые кризы 19,2% (n=5), психовегетативный синдром 11,5% (n=3), цефалгический синдром (головная боль напряжения – 23% (n=6); мигрень – 11,5% (n=3)). Астенический (цереброгенная форма) (19,2%; n=5), тревожный (61,4%; n=16) и диссомнический (38,4%; n=10; из них пресомнические нарушения – 26,7%; n=7) синдромы выявлены у 20 беременных (у 9 (19,1%) имелось сочетание). СЭ верифицирована в 11,5% (n=3); УКР в 19,2% (n=5); афатические нарушения в 7,7% (n=2). Гемипарез конечностей и пирамидная недостаточность выявлены в 23% (n=6), а посттравматическая невропатия III, IV черепно-мозговых нервов в 7,7% (n=2). В 1 (3,8%) случае диагностирован миоклонус мышц лица, конечностей посттравматического генеза.

Выводы: Таким образом, у беременных с последствиями ЧМТ часто диагностируются нарушения в психоэмоциональной сфере и дизрегуляция вегетативной нервной системы. Отмечено преобладание более стойких (очаговых) последствий ЧМТ среди пациенток с УГМ. Все беременные с последствиями ЧМТ нуждаются в тщательном наблюдении невролога на всем протяжении беременности, так как большинство из них имеет различные клинические проявления травматической болезни головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ МОРФОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ И АМНЕСТИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМИ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Воробьев С.В., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю., Фокин В.А., Соколов А.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Одним из современных методов нейровизуализации, позволяющим помочь в изучении патогенеза когнитивных нарушений, является магнитно-резонансная (воксельная) морфометрия. Нами проведено комплексное изучение изменения объемных показателей отдельных структур головного мозга у пациентов с посттравматическим и амнестическим вариантами умеренных когнитивных нарушений (УКН). В исследовании приняли участие 60 человек, которые были разделены на 3 группы. Первую (контрольную) составили 20 испытуемых, не имевших когнитивных нарушений. Во вторую вошли 19 больных с посттравматическими УКН, перенесшие ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести. Третья группа состояла из 21 больного с амнестическим вариантом УКН. Магнитно-резонансная морфометрия выполнялась на МР-томографе «Symphony» («Siemens», Германия) с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла. При этом проводилась двухэтапная оценка полученных данных: посредством проведения межгруппового анализа с помощью программы SPM8 и расчета абсолютных значений объемов в программе MRICroN. Проведен сравнительный анализ объемных характеристик серого и белого вещества, долей головного мозга, гиппокампа, поясной извилины, а также ряда других образований.

При оценке результатов у пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ, значимые уменьшения объема обнаружены в большинстве исследованных областей. Обращает на себя внимание превалирование изменений в лобной доле (в области верхней лобной извилины – 6 поле Бродмана и средней лобной извилины – 9 и 10 поля Бродмана), а также в несколько меньшей степени – в височной доле (средней височной извилине – 21 поле Бродмана, верхней височной извилине – 22 поле Бродмана, гиппокампе). Проведение межгруппового анализа в программе SPM8 в целом подтвердило эти результаты, установив уменьшение объема вещества в частности в верхней, средней и нижней лобных извилинах, 20, 21 и 38 полях Бродмана ($p_{\text{uncorrected}} < 0,001$). Для больных с амнестическим вариантом УКН также характерными являлось развитие выраженных атрофических изменений. Необходимо отметить, что уровень нейродегенерации был значительно выше практически во всех рассматриваемых областях у пациентов с амнестическим вариантом УКН по отношению к больным с посттравматическими когнитивными нарушениями обеих групп. Статистически достоверных различий при сравнении второй и третьей групп не получено только в заднем отделе поясной извилины ($p > 0,05$). Проведение межгруппового анализа позволило также установить значительное количество зон, имевших статистически достоверно сниженные объемные показатели при амнестическом варианте УКН по сравнению с пациентами, перенесшими тяжелую ЧМТ в различных областях головного мозга – в лобной, височной и теменной долях ($p_{\text{uncorrected}} < 0,001$). При этом большое количество участков, подвергшихся атрофии было локализовано в области височной доли. Полученные результаты в полном мере соотносятся с имеющимися данными, согласно которым в начальной стадии болезни Альцгеймера дегенеративные изменения наиболее существенны именно в височной доле, особенно ее глубинных отделах. Также подобное распределение атрофических изменений говорит о том, что амнестические расстройства выражены при амнестическом варианте

УКН значительно сильнее, чем при посттравматических когнитивных нарушениях, что находит свое подтверждение при нейропсихологическом обследовании данных категорий больных.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ЛЕГКИМИ И УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Воробьев С.В., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю., Фокин В.А., Соколов А.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В качестве одной из основных причин когнитивных нарушений у молодых лиц рассматривается черепно-мозговая травма. В настоящее время в диагностике когнитивных нарушений широкое распространение приобретают методы функциональной компьютерной нейровизуализации. Одним из перспективных методов является функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ). Нами были обследованы 3 группы испытуемых. Первую составили 20 практически здоровых лиц, не имеющих когнитивных нарушений в возрасте от 22 до 36 лет. Во вторую группу входили 22 человека с посттравматическими легкими и умеренными когнитивными нарушениями (ЛКН и УКН), перенесших повторную легкую черепно-мозговую травму (ЧМТ) в анамнезе в возрасте от 23 до 42 лет. Третью группу составили 19 пациентов с синдромом посттравматических УКН, с тяжелой ЧМТ в анамнезе в возрасте от 20 до 45 лет. фМРТ выполнялось на МР-томографе «Symphony» («Siemens», Германия) с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла. Основные этапы постпроцессинговой обработки были выполнены посредством использования программного обеспечения Statistical Parametric Mapping 8 (SPM8). В исследовании использовалась специальная парадигма, представлявшая собой чередующиеся блоки зрительных образов для запоминания и воспроизведения. Анализ полученных результатов позволил выделить зоны, наличие значимых активаций в которых было характерно для определенной группы обследованных лиц. С позиций современных сведений в области функциональной нейроанатомии полученные данные укладываются в определенные схемы, позволяющие сделать ряд выводов. Обнаружение статистически достоверных активаций в различных анатомических областях полностью согласуются с современными представлениями о динамической локализации высших корковых функций. Наличие активаций в дополнительных анатомических областях у пациентов с посттравматическими когнитивными нарушениями является проявлением механизма компенсации, когда, вследствие истощения функциональной активности областей специфических детерминированных для реализации выбранного нами стимула, происходит активация других, менее значимых зон. Перераспределение активаций в области верхней лобной извилины, а также наличие дополнительных активаций в нижней теменной доле говорит о снижении эффективности организации сложных двигательных актов при выполнении заданий по инструкции при неопределенном ответе. Различия в активации в базальных ганглиях как у пациентов с последствиями повторной легкой ЧМТ, так и тяжелой ЧМТ свидетельствует о нарушении работы первого функционального блока, отвечающего за активацию коры головного мозга. Различия активации в области верхней височной извилины и вовлечение в реализацию предъявляемого стимульного задания средней височной извилины может говорить о снижении эффективности комплексного восприятия сложных зрительных стимулов в рассматриваемых группах пациентов. Перераспределение и достоверное усиление активаций у больных, перенесших повторную легкую и тяжелую ЧМТ в поясной извилине свидетельствует о нарушении функциональной взаимосвязи различных отделов головного мозга. Таким образом, фМРТ позволяет выявить изменения функциональной активности отдельных анатомических областей на додементных стадиях заболевания, что может оказаться полезным для прогностической оценки течения когнитивной дисфункции, и будет способствовать разработке наиболее оптимальных схем ведения пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЦИПРОКНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАБОТЕ МЫШЦ-АНТАГОНИСТОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЯХ

Воробьева М.Н., Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Рашидов Н.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучение патофизиологической основы парадоксального сокращения мышц-антагонистов у пациентов с травматическими невропатиями

Материалы и методы: Нами было проведено исследование особенностей электромиографических характеристик мышц-антагонистов предплечья при травматической невропатии локтевого и лучевого нервов. В исследовании приняло участие 32 человека (16 мужчин (50%) и 16 женщин (50%)) с травматическими невропатиями лучевого нерва и 26 человек (15 мужчин (57,7%) и 11 женщин (42,3%)) с травматическими повреждениями локте-

вого нерва. Средний возраст больных был $31,3 \pm 4,7$ года. Критерием включения пациента в протокол исследования было наличие травматической мононевропатии локтевого или лучевого нерва с давностью до 30 суток. Всем больным выполнялось электромиографическое исследование с помощью электронейромиографа «Nicolet Viking-IV» (США) с компьютерной регистрацией и обработкой данных. Исследовали симметричные группы мышц (агонисты и антагонисты) при произвольных движениях в лучезапястном суставе; при этом оценивали форму, амплитуду потенциалов действия, рассчитывали показатель реципрокности.

Результаты и их обсуждение: Анализ электромиографических показателей при произвольных движениях в лучезапястном суставе позволил выявить изменения, зависящие от вида повреждения нерва. Так, при поражении локтевого нерва изменения в поверхностном сгибателе пальцев были выражены в большей степени, нежели чем в разгибателе пальцев. При сгибании в лучезапястном суставе в большинстве случаев амплитуда потенциалов поверхностного сгибателя пальцев была меньше, чем на здоровой конечности, амплитуда потенциалов антагониста была, напротив, увеличена. В результате показатель реципрокности составил $59 \pm 6\%$ (на здоровой конечности $20 \pm 3\%$, $P < 0,001$). У пострадавших этой группы при активных реципрокных вовлечениях мышц в произвольные движения выявлено уменьшение частоты потенциалов действия обеих мышц-антагонистов. У лиц с повреждением лучевого нерва изменения ЭМГ параметров зарегистрированы преимущественно в разгибателе пальцев. Так, при разгибании в лучезапястном суставе выявлено грубое уменьшение амплитуды частоты потенциалов и увеличение показателя реципрокности до $81 \pm 7\%$ (на здоровой конечности $19 \pm 4\%$, $P < 0,001$). Увеличение показателя реципрокности происходило как за счет уменьшения амплитуды потенциалов мышцы поверхностного разгибателя пальцев, так и за счет значительной величины электрической активности мышц антагонистов (поверхностного сгибателя пальцев).

Выводы: Головной мозг контролирует активность спинальных структур за счет модулирующего влияния на вставочные нейроны рефлекторной дуги, например, при произвольном сокращении мышц конечности усиливается реципрокное ингибирующее влияние, распространяющееся от Ia и Ib вставочных нейронов. Полученные нами результаты позволяют предположить, что в случаях травматического повреждения периферических нервов происходят глубокие структурные и функциональные перестройки, затрагивающие не только интегративные нейрональные структуры спинального уровня, но и вышележащие центры. Вероятными механизмами указанных изменений могут быть модуляция синаптической активности центральных моторных областей головного мозга, а также возникновение феномена диашиза, наблюдающегося при травмах периферических нервных стволов и распространяющегося не только на проекционные двигательные зоны, соответствующие пораженному участку конечности, но также и на ассоциативно связанные с ними области.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АГОНИСТОВ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ДНЕВНУЮ СОНЛИВОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Гилева О.А., Горбунова А.В.

Кемеровская ГМА, ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) – неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, в основе которого лежит постепенная гибель нигростриарных нейронов. Лекарственная терапия БП направлена на уменьшение выраженности ригидности, акинезии, тремора покоя, а также повышение способности стимулировать аутоτροφическую активность нейронов и увеличение выживаемости дофаминергических нейронов. В последние годы в качестве препаратов первой линии для патогенетического лечения начальных стадий БП применяют агонисты ДА-рецепторов (АДР) на фоне приема которых возможно усиление дневной сонливости, часто встречающейся при БП.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку влияния АДР на дневную сонливость при БП.

Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов с начальными стадиями БП (I и II стадии по Хен и Яру), находящиеся на монотерапии АДР. Все участники были разделены на группы: 35 человек получали прамипексол, 30 человек – пирибедил (проноран), 10 человек – ропинерол (реквип-модутаб), 5 человек – ротиготин (нюпро). АДР назначались с минимальных доз и титровались согласно инструкции к препарату до достижения терапевтического эффекта. С помощью шкалы Erworth изучена степень выраженности дневной сонливости у всех пациентов.

Результаты и их обсуждение. На фоне приема АДР степень выраженности дневной сонливости по шкале Erworth колебалась от легкой до тяжелой. Из 30 человек, получавших прамипексол, 10 отметили появившуюся умеренную дневную сонливость в первый месяц титрования препарата, которая регрессировала у подавляющего большинства пациентов данной группы в течение следующего месяца приема. 2 пациента отказались от дальнейшего приема прамипексола из-за непреодолимой сонливости и были переведены на пирибедил с полным регрессом вышеуказанного нежелательного явления. В группах больных, принимавших ропинерол и ротиготин отмечалась легкая дневная сонливость, у двух и одного человека соответственно, которая регрессировала в течение двух месяцев последующего приема.

Выводы. Риск приступов засыпания при приеме пирибедила ниже, чем при приеме прамипексола, ротиголина и ропинерола. Проноран повышает уровень бодрствования, предотвращает сонливость и приступы засыпания, часто встречающиеся при назначении других АДР, поэтому может быть рекомендован как препарат выбора для лечения начальных стадий болезни Паркинсона.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ

Голдобин В.В., Ключева Е.Г., Ляскина И.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Гепатолентикулярная дегенерация (ГЛД) является одним из редких наследственных заболеваний нервной системы, при которых своевременно начатая патогенетическая терапия приводит к значительному улучшению состояния или даже полному восстановлению нарушенных функций у пациентов. На ранних стадиях заболевания основную диагностическую ценность имеют молекулярно-генетическое исследование мутаций гена АТР7В и изучение показателей обмена меди. Значение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга в постановке диагноза у пациентов с ГЛД в настоящее время не определено. Широко цитируемый в справочной литературе симптом «гигантской панды» выявляется не у всех больных и обычно в развернутой стадии заболевания.

Цель исследования: изучить встречаемость основных нейровизуализационных симптомов у больных с гепатолентикулярной дегенерацией.

Материалы и методы. Были обследованы 14 больных с начальными проявлениями гепатолентикулярной дегенерации, диагноз у которых был подтвержден молекулярно-генетическим исследованием. Всем пациентам выполняли МРТ исследование на томографе с магнитным полем 1,5 Тл по стандартной методике. Оценивали наличие основных нейровизуализационных проявлений ГЛД.

Результаты и их обсуждение. Ни у одного из обследованных на томограммах не наблюдалось симптома «гигантской панды». Также ни у одного из пациентов не было выявлено МР признаков поражения центральных отделов моста мозга. У всех больных отмечались изменения интенсивности сигнала от базальных ганглиев. Изменение интенсивности сигнала от четверохолмия было выявлено у 6 (43%) обследованных. Очаговые изменения белого вещества полушарий мозга (лейкоэнцефалопатия) наблюдались у 4 (29%) пациентов. Выявленные частоты не соответствуют данным литературы о встречаемости указанных нейровизуализационных симптомов у больных ГЛД. Полученное различие может быть связано с популяционными особенностями обследованных нами пациентов, а также с включением в исследование лишь пациентов с начальными проявлениями заболевания, в то время как наиболее крупное из исследований, доступных в литературе, включало также и пациентов с развернутыми проявлениями заболевания, длительное время находящихся на специфической медь-эллиминирующей терапии.

Выводы. МРТ-изменения выявляются при начальных неврологических проявлениях гепатолентикулярной дегенерации, что следует использовать в диагностике данной патологии. Возможно, наблюдаются популяционные различия встречаемости и выраженности нейровизуализационных признаков.

ВАРИАНТЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Головкин В.И., Гулак Д.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение: Известно, что у большинства больных СД-2 (в 82,7%) развивается смешанная (дисметаболическая и атеросклеротическая) энцефалопатия, которая может протекать хронически или сочетаться с острыми сосудистыми эпизодами. Однако в больничных условиях часто наблюдается расхождение в трактовке клинической и томографической симптоматики диабетической энцефалопатии (ДЭ).

Цель исследования: С помощью современных нейровизуализационных методик изучить некоторые особенности клинико-морфологических вариантов ДЭ.

Материал и методы: Методом сплошного наблюдения проанализированы картины нейровизуализации, полученные с помощью разных методик (susceptibility weighted imaging (SWI) MRI, MRI DWI, МСКТ, МРТ T1 и T2) у 20 пожилых больных поступивших в приёмный покой сосудистого центра по скорой помощи с диагнозом первичное ОНМК, развившееся на фоне декомпенсации сахарного диабета (СД 2-го типа).

Результаты: По преимущественному нейроимиджу и клинической картине больные были распределены следующим образом: лобарный геморрагический инсульт полюсов обеих лобных долей с апатико-абулическим синдромом (1 больной 55-ти лет), острый глиоз с картиной чисто двигательного инсульта (1 больной 48-ми лет),

лейкоареоз пятнистого или сливающегося типа (5 больных 60-65-ти лет), неподтвержденный ни томографически, ни клинически инсульт с последующим определением состояния, как пароксизмальное расстройство сознания по типу обморока, напоминающего гипогликемический эпизод ДЭ (3 больных), лакунарные инфаркты мозга различной локализации (10 чел. 57 – 69-ти лет). У 15 больных с лакунарными инфарктами и лейкоареозом дополнительно изучены томограммы, полученные в режиме SWI 1,5 Т. Отмечено, что при MRI SWI визуализируется на 50% больше элементов патологии, чем при использовании T1 и T2 взвешенных изображений. Так в случаях лейкоареоза

очаговое поражение мозга выявлялось не только в белом веществе полушарий, но и в структурах скорлупы, хвостатого ядра и таламуса. Кроме того, при первичных лакунарных ишемических инфарктах во всех случаях имелись лобарные и церебеллярные микрогеморрагии с железосодержащими депозитами, что говорит о более ранней (доинсультной) ангиопатии.

Заключение: MRI SWI 1,5 Т позволяет в части случаев трактовать ДЭ как микроангиопатию и мультифокальное поражение белого и серого вещества мозга метаболического характера.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Горелик А.Л., Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В.,
 Киссин М.Я., Бочаров В.В., Фурсова И.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение: В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости и распространённости эпилепсии в старших возрастных группах. Стратегия нейрофизиологического анализа пространственно-временной организации активности коры головного мозга с использованием метода когерентного анализа позволяет по-новому взглянуть на результаты ЭЭГ при эпилепсии пожилого возраста. **Цель исследования:** *определить наиболее общие и специфические ЭЭГ характеристики, по данным спектрального анализа когерентности и мощности у больных эпилепсией пожилого возраста.*

Материалы и методы: Исследованы три группы пациентов (181 пациент), из них больные (141 человек), которые в течение последних 3-5 лет в том числе, перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), у 101 пациентов течение заболевания осложнилось симптоматической локальной эпилепсией. В 1-ой контрольной группе наблюдений 40 пациентов без грубых неврологических заболеваний. Во 2-ой группе (101 пациент) заболевание осложнилось развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. В 3-ей группе пациентов (40 человек, с последствиями ОНМК) пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось.

Результаты и их обсуждение: При оценке показателей средней когерентности (СКОГ) у всех 3-х групп пациентов значимой статистической разницы выявлено не было. При исследовании спектральной мощности (СМ) ЭЭГ выявлена значимая статистическая разница между показателями нормы, 1-ой группы, со 2-ой группой (эпилепсия). Нарастание спектральной мощности в дельта и тета-диапазонах, особенно в лобных и височных областях, с сохранением этих показателей в бета-диапазоне в лобных и центральных областях, при сравнительно однородной картине этого показателя в альфа-диапазоне. Такая же разница спектральной мощности прослеживается при сравнении 2-ой и 3-группы пациентов (N=40). При оценке когерентности по каналам получены следующие результаты: Наибольшее количество «новых» патологических связей во всех диапазонах наблюдается во 2-ой группе пациентов: значимые различия в дельта и тета-диапазонах с формированием межполушарных связей (Т6-Р3, Т4-Т3, Р4-О1), с последующим увеличением количества этих связей в задней височной области, передней лобной справа, теменной области слева (Т6,Т5, F8, Р3).

Выводы: Таким образом, мы можем говорить, что у больных с эпилепсией значительно выраженная медленно-волновая активность сильных и средних когерентных связей по сравнению группами пациентов без эпилепсии, имеются значимые различия ЭЭГ-картины биоэлектрической активности коры головного, с нарастанием межполушарной асимметрии справа и определенной локальности процессов, затрагивающих в основном передне-лобные и теменно-височные области с формированием стойких, патологических «новых» когерентных связей. При оценке ЭЭГ методом сравнения когерентности по каналам (КОГ) выделены значимые различия у больных с ЭПВ, по всем частотным ритмам (дельта, тета, альфа, бета-1), что подтверждает выраженное влияние эпилептического процесса на состояние нейронных связей различных областей головного мозга.

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ КАБИНЕТА МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КЛИНИКИ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ВМЕДА В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В ТЕКУЩЕМ ГОДУ

Гориславец В.А., Третьяков В.К.

ВМЕДА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Клиника нервных болезней Военно-медицинской академии занимается вопросами этиологии, патогенеза, клинической картины, лечения и профилактики заболеваний и травм периферической нервной системы, в том числе связанных с болезненными процессами в позвоночнике.

Цель исследования: Показать роль и место мануальной терапии в диагностике, лечении и реабилитации больных с вертеброневрологической патологией, находившихся на стационарном обследовании и лечении в клинике нервных болезней ВМЕДА в декабре 2014 – сентябре 2015 года.

Материалы и методы: В клинике нервных болезней Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова кабинет мануальной терапии функционирует с 1997 года. Его работа основана на положениях приказа МЗ РФ №365 от 10.12.1997 г. «О введении специальности «мануальная терапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей», приказа МЗ РФ № 39 от 10.02.1998 г. «О мерах по улучшению организации помощи по мануальной терапии в Российской Федерации». Всего прошло лечение 235 человек с вертеброгенной патологией нервной системы различной локализации. Повторно посещали кабинет мануальной терапии 197 человек. Всего проведено 1255 процедур мануальной терапии. Улучшение состояния наступило у 233 человек (у 2 человек – без улучшения). Патология шейного отдела позвоночника выявлена у 80 человека. Патология грудного отдела позвоночника отмечена у 54 человек. Патология поясничного отдела позвоночника имела место у 101 человека. Среднее количество процедур на 1 человека составило 5. Средний возраст исследуемых больных составил 57,3 года. Среди пациентов были 160 мужчин и 75 женщин.

Дистрофические изменения любой этиологии в межпозвонковых суставах и прилегающих к ним субхондральных зонах костной ткани приводят к сужению суставных щелей, образованию остеофитов, которые могут сдавливать спинальные корешки и сосуды, проходящие через межпозвонковые отверстия. При сочетании спондилоартроза с остеохондрозом отмечаются болевые, сосудистые и вегетативно-ирритативные синдромы, которые имитируют поражение внутренних органов. В отличие от остеохондроза боли локализуются не только в месте поражения, но и на отдалении, иррадируя в различные части груди или живота. Боли усиливаются при глубоком дыхании, кашле, чиханье. Характерна симпаталгия, проявляющаяся жгучими, ноющими или тупыми болями в межлопаточной области. Могут возникать боли в области сердца (псевдоангинозный синдром), по ходу межреберий, в поясничной области с иррадиацией в ногу. Для дифференциальной диагностики использовалась рентгенография, МРТ и КТ исследование, определялась величина лабораторных показателей крови, мочи и других сред.

Результаты и их обсуждение: Сопутствующая патология внутренних органов выявлена у 183 пациентов. Улучшение функциональных показателей соматической сферы напрямую влияло на интенсивность болевого синдрома в позвоночнике, вплоть до полного его купирования. В ряде случаев назначение спазмолитиков значительно быстрее приводило к выздоровлению.

Выводы: Мануальная терапия является важным методом лечения вертеброневрологических больных с сопутствующей соматической патологией. Знание основ мануальной терапии позволяет врачам смежных специальностей (терапевтам, педиатрам, ортопедам, нейрохирургам) с успехом проводить намеченный лечебный курс в более короткие сроки.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ СЛУХОВОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Дворянчиков В.В., Сыроежкин Ф.А., Морозова М.В.

ВМЕДА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Сенсорный компонент тугоухости в ряде случаев ограничивает достижение удовлетворительного эффекта хирургического лечения слуховых нарушений после ушной хирургии. Изучение роли центральной нервной системы в генезе тугоухости при отосклерозе не теряет своей актуальности с момента первых операций на стремени, когда появились результаты наблюдений за пациентами после различных вариантов стапедопластики в отдаленном периоде.

Материалы и методы: С целью повышения эффективности лечения пациентов со слуховыми нарушениями после поршневого стапедопластики посредством слуховой реабилитации в виде сочетания слуховой тренировки и неинвазивной нейромодуляции, обследовано 67 пациентов (75 ушей). Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие у них сенсорного компонента слуховых нарушений до операции, характерного преимущественно для внекохлеарного уровня поражения слуховой системы. Отбор пациентов осуществлялся на

основании данных тональной пороговой аудиометрии, надпороговых тестов, а также исследования разборчивости речи на комфортном уровне громкости в тишине и на фоне помехи. Слуховая тренировка представляла собой прослушивание записанной речи, подаваемой через головной телефон аудиометра на прооперированное ухо через 1 мес после операции. Акустическим материалом являлся отрывок текста, зачитываемого диктором. Неинвазивная нейромодуляция осуществлялась посредством электротактильной стимуляции языка с помощью аппарата для вестибулярной реабилитации «BrainPort» (США). Использовался его внутриворотовой электродный дисплей и генератор электрических импульсов. Длительность реабилитационного комплекса составляла 20 мин, 2 процедуры в день. Продолжительность реабилитационного курса составляла 10 суток. Динамика показателей слуховой функции после операции оценивалась до начала курса слуховой реабилитации (через 1 месяц после операции), по завершению курса реабилитации, через три месяца и через 12 месяцев после операции.

Результаты и их обсуждение: Через месяц после операции получена прибавка разборчивости речи в тишине у 5 больных (7%). В среднем, уровень этого показателя составил 73% (71%-74%), однако, в сравнении с дооперационным значением различий по этому показателю не получено ($p > 0,05$). Оценка разборчивости речи у пациентов по завершению курса слуховой реабилитации показала улучшение разборчивости речи как в тишине, так и в шуме у большинства пациентов в экспериментальной группе (33 человека, 92%), которая составила, соответственно, 76% и 70%. Полученные изменения получены в сравнении с контрольной группой пациентов без слуховой тренировки. Через 3 месяца после операции уровень разборчивости речи увеличился как в тишине, так и при предъявлении помехи у 46 человек (61%). Исследование через 12 месяцев показало увеличение разборчивости в шуме, однако в тишине этот показатель не изменился по сравнению с показателями через 3 месяца после операции.

Выводы: Улучшение показателей разборчивости речи в отдаленном периоде после стапедопластики свидетельствует о функциональных изменениях в центральном отделе слуховой системы. Проведение слуховой реабилитации способствует улучшению функциональных результатов стапедопластики в отношении восприятия речи как в тишине, так и на фоне помехи. Полученные результаты делают перспективными дальнейшие исследования в направлении повышения эффективности слухоулучшающих операций с учетом возможности коррекции функционального состояния центральных отделов слуховой системы.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Дворянчиков В.В. Сыроежкин Ф.А., Глазников Л.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Известно, что после стапедопластики вестибулярная реакция наблюдается не более 3 суток, тем не менее, нарушения равновесия могут сохраняться до месяца. Несмотря на значительный техногенный прогресс в области хирургического лечения пациентов, страдающих отосклерозом, актуальность поиска эффективных средств реабилитации пациентов с вестибулярными нарушениями в послеоперационном периоде сохраняется и в наши дни. Одним из новых подходов к вестибулярной реабилитации, получивший известность в последнее время, стал аппарат «Brain-Port», который показал эффективность восстановления равновесия у пациентов при вестибулярных нарушениях различного генеза и в настоящее время входит в арсенал функциональных процедур нейрореабилитации.

Материалы и методы: С целью оценки эффективности указанного метода на этапе реабилитации обследовано 56 пациентов, страдающих отосклерозом, после поршневого типа стапедопластики (всего 67 ушей). Исследовались функции равновесия и походки. Для оценки функции равновесия использовался индекс динамической стабилизации вертикального положения тела (ИДС) по данным компьютерной стабилومتрии в пробе с закрытыми глазами. Исследование походки осуществлялось с использованием динамического индекса походки (ДИП), который предполагает оценку выполнения 8 задач по 4-балльной шкале. Вестибулярная реабилитация с помощью указанного устройства осуществлялась у пациентов экспериментальной группы (33 человека). Процедура представляла собой упражнение на поддержание вертикального положения тела с закрытыми глазами (положение стоп «вместе», затем «одна за другой») на платформе из материала, максимально изолирующего ощущения со стороны стоп. Реабилитационный курс осуществляется в течение 10 дней, по 2 процедуры ежедневно. Продолжительность одного сеанса – 20 мин. Перерыв между сеансами – не менее 4,5 ч.

Результаты и их обсуждение: В первые сутки после операции отмечалось уменьшение ИДС до 64,94% (63%-68%) ($p < 0,001$). На четвертые сутки после операции получено статистически значимое различие этого показателя в экспериментальной группе ($p = 0,011$). ДИП до операции у всех обследованных пациентов составил 24 балла. На первые сутки после операции в обеих группах этот индекс уменьшился и, в среднем, составил 19 баллов (медиана). У двух пациентов из экспериментальной группы и трех пациентов из контрольной группы в связи с повышенной чувствительностью к движениям головой (развитие головокружения и вегетативных реакций – побледнения, тошноты и др.) исследование ДИП в первые сутки не проводилось. В последующем межгрупповое срав-

нение показало более быстрое восстановление индекса походки у пациентов экспериментальной группы, начиная уже со вторых суток.

Выводы: Полученные результаты показали эффективность применения аппарата «Brain-Port» для вестибулярной реабилитации пациентов после стапедопластики. Проведение операции под общей комбинированной анестезией с помощью CO₂-лазера оказывает меньшее влияние на состояние равновесия и способствует более быстрому его восстановлению. Исходные значения индекса динамической стабилизации равновесия и динамического индекса походки у пациентов, получавших вестибулярную реабилитацию, в среднем, были достигнуты в более ранние сроки, чем без применения вестибулярной реабилитации. Показанная эффективность реабилитационной методики делает перспективными дальнейшие исследования по восстановлению равновесия пациентов после других операций на ухе.

СТАБИЛОГРАФИЯ В ПРАКТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Дроздова А.В., Горбатенкова О.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. В последнее время все более очевидной становится недостаточность медикаментозного лечения больных рассеянным склерозом (РС) как единственного метода лечения. Метод биологической обратной связи (БОС) позволяет устранить диссонанс между улучшением неврологического статуса и его реализацией в повседневной жизни.

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилась оценка восстановления нарушенной функции ходьбы путем формирования новых двигательных стереотипов, поддерживающих взаимодействие разных уровней антигравитационных супраспинальных систем при РС. Задачами данного исследования были повышение согласованности действий между различными мышечными группами посредством тренировки скорости и плавности движений с заданным ускорением и замедлением, а также формирование нового двигательного стереотипа и его закрепление.

Материалы и методы: По разработанной нами методике проведено лечение 21 пациентов, с определенным по критериям McDonald (2010) диагнозом рецидивирующе-ремиттирующего и вторично-прогрессирующего РС (9 женщин и 12 мужчин). Степень тяжести пациентов по шкале EDSS составила от 5,5 до 6 баллов. Все пациенты находились в состоянии ремиссии. Для физиологического обследования и проведения процедур БОС по стабิโลграмме использовали видеокомпьютерный аппаратный комплекс «Ремиокор» («Амблиокор-01») производства компании ООО НПЦ «Ин Витро» (Регистрационное удостоверение № ФСР 2007/00759 от 28.09.2007г.).

Результаты исследования: Анализ параметров гистограммы распределения пиковых значений амплитуд колебаний ЦМ по фронтальной оси показал статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение оценочных значений медианы после курса процедур. До лечения амплитуда колебаний составила $5,9 \pm 1,6$ мм, после курса процедур снизилась до $3,0 \pm 1,1$ мм.

При анализе данных по сагиттальной оси установлено значительное исходное отличие параметров гистограммы от работы по фронтальной оси. В процессе тренировки оценочные значения медианы амплитуд колебаний ЦМ статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшились, что так же характеризует увеличение контроля за балансом по сагиттальной оси в пространстве. До курса процедур показатели медианы были $13,1 \pm 5,5$ мм, после курса составили $5,6 \pm 2,9$ мм.

Оценка изменений второго регистрируемого показателя – отклонения, характеризующего разброс показателя величин амплитуд колебаний ЦМ, так же показала значительную динамику. Так, величина отклонения по фронтальной оси после курса процедур снизилась до $19,3 \pm 5,8$ мм, что статистически значимо ($p < 0,05$) меньше, чем было до курса ($31,0 \pm 5,4$ мм).

Динамика отклонения амплитуд колебаний ЦМ по сагиттальной оси показывает уменьшение величины отклонения, что также свидетельствует об улучшении контроля за балансом по сагиттальной оси. После курса лечения данный показатель составил $8,6 \pm 3,1$ мм, что статистически значимо ($p < 0,05$) меньше, чем начальная оценка ($15,0 \pm 5,8$ мм).

После курса лечения у всех пациентов были выявлены положительные изменения: повышение дальности ходьбы без поддержки, EDSS снизилась в среднем на 0,5 балла.

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В., Фурсова И.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры непсихотических психических расстройств (НПР) у пациентов пожилого возраста с симптоматической эпилепсией.

Материалы и методы: Исследованы две группы больных пожилого возраста (141 человек). В 1-ой группе 101 больной с симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. Во 2-ой группе 40 пациентов без пароксизмальных состояний эпилептической природы, с последствиями ОНМК.

Результаты и их обсуждение: Депрессия была обнаружена у 56,3% больных эпилепсией и 10,8% больных, перенесших только ОНМК, а тревожное расстройство – у 8,7% и 54,1%, соответственно. Кроме того, во 2-ой группе пациентов чаще встречалось эмоционально-лабильное и легкое когнитивное расстройство. Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах составили $34,81 \pm 2,73$ (1-ая группа) и $28,57 \pm 3,07$ баллов (2-ая группа), а по шкале HRDS – $21,82 \pm 1,50$ и $13,79 \pm 1,36$ ($p \leq 0,01$) соответственно. Показатели личностной тревоги 54,27 и 56,1 балла, ситуативной тревоги 37,67 и 34,87 соответственно. По методике SCL-90-R получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов в первой группе и 0,70 – во второй. Наибольшие различия отмечались в оценках по пунктам «соматизация», «межличностная сенситивность», «фобия», «депрессивность», «тревога». У больных 1-ой группы, с помощью корреляционной матрицы и регрессионного линейного анализа, шкалы SCL-90-R, была установлена выраженная корреляционная связь между показателями депрессии и тревоги практически со всеми психопатологическими факторами опросника SCL-90-R, особенно между депрессией и тревогой, $r=0,722^{**}$. Во 2-ой группе выявлены слабые корреляционные связи между тревогой и общим индексом тяжести симптомов (GSI), которые значимо не влияли на другие факторы психопатологической симптоматики.

Заключение: Ведущее место в структуре непсихотических психических нарушений (НПР) у исследованных нами больных занимало депрессивное и тревожное расстройство, однако, соотношение этих выявленных НПР в сравниваемых группах (эпилепсия и инсульт) было различным. Больным с эпилепсией пожилого возраста присуще более выраженные и частые клинические проявления депрессивных расстройств. Депрессивные и тревожные расстройства у больных эпилепсией пожилого возраста находятся в корреляционной связи, изменения показателей находятся в линейной регрессионной зависимости между собой, что подтверждает их взаимное влияние друг на друга. Таким образом, эмоционально-аффективные расстройства в ядре патогенеза эпилепсии пожилого возраста занимают значимое место в динамике заболевания, оказывают значительное влияние на сферы качества жизни, требуют дополнительных реабилитационных мероприятий.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Дынин П.С., Атаяр К.Р.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: Изучить эпидемиологические показатели болезни Паркинсона в Российской Федерации для оптимизации лечебно-диагностической и медико-социальной помощи больным.

Материалы и методы: Статистический и эпидемиологический анализ информации по статистическим данным заболеваемости населения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики.

Результаты и обсуждение: Количество взрослого населения с диагнозом болезни Паркинсона, установленным впервые в жизни, было зарегистрировано в абсолютных числах в 2011 году 9978 случаев, что в свою очередь составило 8,6 случаев на 100000 взрослого населения; в 2012 году в абсолютных числах данный показатель составил 9890 случаев, что соответствует 8,5 случаям на 100 000 населения данной группы. Количество населения старше трудоспособного возраста с диагнозом болезни Паркинсона, установленным впервые в жизни, было зарегистрировано в абсолютных числах в 2011 году 6360 случаев, что составило 19,8 случаев на 100000 людей данной группы; в 2012 году данный показатель составил в абсолютных числах 6739 случаев, что соответствует 20,8 случаев на 100 000 человек данной группы. Всего взрослого населения с диагнозом болезни Паркинсона зарегистрировано в абсолютных числах в 2012 году 102225 случаев, что в свою очередь составило 87,8 случаев на 100 000 данной группы населения; в 2013 году в абсолютных числах данный показатель составил 104143 случаев, что соответствует 89,4 случаям на 100 000 взрослого населения. Всего зарегистрировано населения с диагнозом болезни Паркинсона старше трудоспособного возраста в абсолютных числах в 2012 году 79163 случаев, что соответствует 241,7 случаям на 100 000 населения данной группы; в 2013 году в абсолютных числах данный показатель

составил 80201 случаев, что в свою очередь составило 242,4 случаев на 100 000 населения старше трудоспособного возраста.

Выводы: Приведенные данные эпидемиологического исследования могут быть использованы для принятия решений по улучшению качества медицинской помощи, что приведет к наиболее рациональному подбору тактики ведения больного, своевременному назначению и коррекции терапии заболевания, положительному влиянию на социальный, экономический аспекты и, в конечном итоге, улучшит качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ КАРОТИДНОГО СИНУСА

Евдокименко А.Н.

Научный центр неврологии, Москва

Введение: Атеросклероз сонной артерии и его осложнения являются одними из основных причин возникновения инфарктов головного мозга в каротидном бассейне. В настоящее время ведущее значение в патогенезе атеросклероза придается нарушению функции эндотелия, структурная основа которого изучена недостаточно.

Цель исследования: Установить ультраструктурные изменения эндотелия в зависимости от состава субэндотелиального слоя и структуры бляшки.

Материалы и методы: Проведено гистологическое и электронно-микроскопическое исследование 6 атеросклеротических бляшек, удаленных при операции каротидной эндартерэктомии. В каждом случае проводили количественную оценку объемной доли компонентов бляшки на гистологических срезах, а также полуколичественную оценку ультраструктурных изменений эндотелиоцитов, степени отека и компонентов субэндотелиального слоя на ультратонких срезах. Статистическую обработку проводили с помощью критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: 2 пациента из 6 ранее перенесли нарушение мозгового кровообращения, 4 бляшки являлись асимптомными. Часто встречались дефекты эндотелиального пласта. В пределах относительно сохранного пласта преобладали активированные эндотелиоциты – гипертрофированные клетки неправильной формы с признаками стимуляции биосинтеза белка и повышенного энергопотребления, доля которых увеличивалась со снижением количества эластической ткани, с усилением отека и распада волокон в субэндотелиальном слое, объемной доли атероматоза в атеросклеротической бляшке ($p < 0,05$). Помимо показателей повышенной метаболической активности в данных клетках также наблюдались признаки дистрофии различной степени вплоть до резкого набухания эндотелиоцитов и их некроза. Кроме того, с усилением отека и повышением объема атероматоза в бляшке происходило увеличение базальной поверхности эндотелиоцитов ($p < 0,05$) и ослабление их связей с подлежащим матриксом, что могло обусловить их слушивание в просвет артерии и тем самым послужить причиной увеличения количества циркулирующих в крови эндотелиоцитов. Часто встречавшиеся многочисленные цитоплазматические выросты люминальной поверхности активированных эндотелиоцитов, в свою очередь, могли послужить источниками циркулирующих в крови эндотелиальных микрочастиц, несущих на своей поверхности рецепторы исходной клетки и способных активировать различные клетки-мишени. Значительно реже встречались уплощенные клетки с низким уровнем обменных процессов, количество которых резко снижалось с усилением дестабилизирующих структуру бляшки деструктивных процессов параллельно с увеличением доли активированных клеток, а также было значимо выше в асимптомных бляшках по сравнению с симптомными ($p < 0,05$).

Заключение: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о значительных ультраструктурных изменениях эндотелия сонных артерий при атеросклерозе, что может отражаться в его дисфункции, выявляемой в клинической практике. Для установления патогенеза этих изменений необходимы дальнейшие исследования с использованием как электронной микроскопии, так и иммуногистохимии, а также клинико-биохимических и морфологических сопоставлений.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Емелин А.Ю., Наумов К.М., Сенопальников Г.Е.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Вопросы диагностики сотрясения головного мозга (СГМ), несмотря на уровень развития современной медицинской науки, до настоящего времени не потеряли своей актуальности. Она занимает первое место в структуре черепно-мозгового травматизма, достигая, по разным данным, до 80% среди всех пострадавших. Диагностика СГМ осложняется трудностями объективизации симптоматики, поскольку основывается, прежде всего, на субъективных данных.

Основными клиническими проявлениями СГМ являются: потеря сознания (любой продолжительности), ретро- и/или конградная амнезия, любые изменения психического статуса после травмы (ошеломление, дезориентация или спутанность) и локальный неврологический дефицит (который может быть преходящим). Использование различных нейровизуализационных методов (трактография, функциональная МРТ и пр.) и биохимических маркеров (ApoE, S100B, NSE, СТР) в диагностике СГМ активно разрабатываются, но их диагностическая значимость, к сожалению, не имеет достоверного подтверждения. Для принятия решения о наличии у пациента сотрясения головного мозга были разработаны шкалы и тесты, оценивающие не только клинические проявления, но также когнитивные функции и неврологический статус (MACE, SCAT, BESS). Также разработаны шкалы для оценки глубины и длительности амнезии (WPTA scale), не нашедшие широкого распространения. Особо остро вопросы диагностики легкой черепно-мозговой травмы, включая сотрясение головного мозга, встают в районах боевых действий, когда ощущается нехватка медицинских работников и времени для проведения полноценного обследования. Отсутствие объективных данных определяет необходимость проведения дифференциальной диагностики с посттравматическим стрессовым расстройством, который имеет сходную клиническую картину, особенно в отдаленный период после травмы.

Все это определяет необходимость разработки клинично-инструментальных методов и биохимических маркеров в целях достоверной диагностики сотрясения головного мозга, доступных для широко использования, в том числе при решении экспертных вопросов.

СМЕШАННАЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Емельянов А.Ю., Барсуков И.Н., Андреева Г.О.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Последствия повреждений головного мозга являются одной из важнейших проблем современной медицины, при этом одним из частых осложнений является развитие цереброваскулярных нарушений. Они служат важным фактором в развитии гипоксии и обменных расстройств в мозговой ткани, что в значительной степени определяет исход заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 188 больных с цереброваскулярной патологией из них 96 с последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в анамнезе и 92 с дисциркуляторной энцефалопатией (контрольная группа). Возраст обследованных больных был от 40 до 69 лет. Для объективизации нарушений со стороны ЦНС нами применялось клиническое неврологическое обследование, психологическое исследование, а так же лабораторное и инструментальное (УЗДГ, ЭЭГ, МРТ, КТ томография) обследование.

Результаты: Исследование показало, что цереброваскулярные нарушения у больных с ЧМТ в анамнезе развиваются достоверно в более раннем возрасте, в два раза чаще развивается геморрагический инсульт. Недостоверно ($p > 0,05$) выше выявлялись нарушения показателей липидного обмена и колебания артериального давления. Чаще развиваются когнитивные нарушения, которые характеризуются состоянием общей психической беспомощности со снижением памяти, ослаблением понимания и недержанием аффектов. Критическое отношение больного к своему состоянию часто снижено. Общие изменения психической деятельности часто сочетаются с органическими (агнозия, аграфия, парезы) и ликвородинамическими нарушениями. У всех больных были выявлены атрофические изменения головного мозга при проведении МРТ. У больных с изолированной цереброваскулярной патологией как в количественном, так и в качественном отношении отмечено достоверно ($p < 0,05$) менее выраженные изменения.

Выводы: Таким образом, цереброваскулярные нарушения с ЧМТ в анамнезе в целях военно-врачебной и медико-социальной экспертизы целесообразно трактовать как «смешанная (травматическая и дисциркуляторная) энцефалопатия» с учетом патофизиологических особенностей их развития. Профилактику цереброваскулярных нарушений необходимо начинать в промежуточном периоде травматической болезни у всех больных, перенесших ЧМТ.

КРАЙНЕ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Жарова Е.Н., Кирьянова В.В.

РНХИ им. А.Л. Поленова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Поражения головного мозга различной этиологии остаются одной из основных причин инвалидизации населения и реабилитация, направленная на предотвращение неврологического дефицита у таких больных явля-

ется приоритетным и актуальными направлением. Одним из наиболее мягких и эффективных методов физиотерапии является крайне высокочастотной терапии (КВЧ-терапии).

За 2015 год пролечено 23 пациента с использованием крайне высокочастотного излучения одновременно с базисной общепринятой медикаментозной терапией. Из них 7 прооперированы по поводу доброкачественных опухолей головного мозга, 6 – по поводу аневризматической болезни головного мозга, 10 перенесли черепно-мозговую травму тяжелой степени. Пациенты направлялись на реабилитацию в ранний период заболевания, при этом у них наблюдалось нарушение сознания различной степени, двигательный и речевой дефицит. Объем реабилитации был представлен лечебной гимнастикой, массажем и КВЧ-терапией. Использовали аппарат Милта-КВЧ, излучение длиной волны 4,9 мм на зону между остистыми отростками С7-Th1 позвонков (точку Dazhui) и 7,1 мм на грудину, в проекции II межреберного промежутка. До и после курса лечения проводился мониторинг проводимости по стволу головного мозга методом акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП). В контрольной группе наблюдалось 18 пациентов с таким же распределением патологии и степени тяжести заболевания.

Отмечено, что у пациентов основной группы быстрее улучшался уровень сознания, регрессировали очаговые симптомы (как двигательные, так и речевые). При этом наблюдалось улучшение проводимости по стволу головного мозга в виде укорочения межпиковых интервалов и более четкая визуализация пиков. Ни у одного пострадавшего не отмечалось ухудшения состояния в процессе лечения, что особенно важно, Учитывая ранний период заболевания и тяжесть состояния больных. В контрольной группе подобных изменений АСВП не наблюдалось, медленнее регрессировали очаговые симптомы вызванные основным заболеванием.

Полученный положительный опыт, позволяет рекомендовать метод КВЧ-терапии при реабилитации пациентов с поражением головного мозга различной этиологии на раннем этапе.

НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОЙ КОМПРЕССИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА

Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Рашидов Н.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучение механизмов и роли различных отделов нервной системы в процессе пластичности на модели острой компрессионной невропатии седалищного нерва крыс.

Материалы и методы: Для решения поставленных задач был организован и проведен эксперимент, методика которого заключалась в следующем: после регистрации электрофизиологических фоновых параметров (М-ответ, ВПСМ и ВПГМ) на верхнюю треть нижней конечности крыс наносилось острое компрессионное воздействие артериальным жгутом в течение 2 часов. Весь период компрессии, а также в течение 2-х часов после снятия жгута через каждые 30 минут проводилась регистрация вышеуказанных параметров. Для изучения патоморфологических реакций нервной системы на травму нерва были проведены электронно-микроскопические исследования: изучался участок седалищного нерва на уровне, а также выше и ниже повреждения, соответствующие сегменты спинного мозга и участки продолговатого мозга.

Результаты и их обсуждение: В результате экспериментальных исследований обнаружена генерализованная реакция нервной системы на острую компрессию конечности. Выявлены признаки демиелинизирующего (периаксонального) и аксонально-осевого типов поражения седалищного нерва на стороне наложения жгута. Максимум изменений наблюдался на уровне наложения жгута и ниже. Обнаружены дегенеративные изменения проводящих путей на уровне спинного и продолговатого мозга. Динамика изменения электрофизиологических значений характеризовалась уменьшение амплитудных параметров всех компонентов уже через несколько минут после наложения жгута на стороне повреждения с последующим их восстановлением в течение двух часов после устранения компрессии.

Выводы: Таким образом, в работе с помощью электрофизиологических и нейростологических методов исследования продемонстрированы пластические изменения нервной системы, вызванные повреждением ее периферического отдела (нервного ствола конечности).

ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ОТ СТАДИИ ДЕНЕРВАЦИОННО-РЕИННЕРВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ НЕВРОПАТИЯМИ

Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Рашидов Н.А., Гневыхев Е.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучение клинической феноменологии болевого синдрома у пациентов с последствиями травм периферических нервной системы на различных их сроках.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 3 группы пациентов с верифицированным по результатам клиничко-электрофизиологического обследования повреждением периферических нервных стволов по типу невротмезиса: первая (12 чел.), с давностью травматической невропатии от 3 до 6 месяцев; вторая (10 чел.) – от 6 до 12 месяцев и третья (9 чел.) – более 1 года. Для оценки динамики изменения выраженности болевого синдрома у данного контингента пациентов мы использовали анкетирование с помощью нескольких тестовых шкал: цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale, NRS) для определения интенсивности боли и Лидская оценочная шкала невропатических симптомов и признаков (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs, LANSS), позволяющая оценить степень центральной сенситизации болевого синдрома. Анализировали суммарный результат полученных значений, а также отдельно для некоторых групп пациентов в случае изолированного повреждения определенных периферических нервов.

Результаты и их обсуждение: Детальный анализ полученных результатов показывает, что в группе пациентов с последствиями травматическими невропатиями по типу невротмезиса динамика выраженности болевого синдрома имела регрессирующий характер. Было установлено, что с увеличением времени, прошедшего с момента травмы, усиливается влияние центральных модулирующих структур нервной системы на трафик ноцицептивной импульсации. Анализ результатов оценки интенсивности болевого синдрома в зависимости от локализации повреждения периферической нервной системы показал, что более интенсивная боль, сопровождающая в значительной мере, в соответствие со шкалой LANSS, признаками центральной сенситизации, отмечалась у пациентов с последствиями травматических повреждений срединного и большеберцового нервов.

Выводы: Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что при последствиях повреждений структур периферической нервной системы по типу невротмезиса выраженность и характер болевого синдрома зависит от локализации травмы и ее давности. С одной стороны с течением времени происходит прогрессивное снижение интенсивности боли, а с другой – усиливается влияние механизмов, обеспечивающих центральную сенситизацию болевого феномена, что свидетельствует о глубоких структурно-функциональных перестройках, возникающих в ноцицептивных центрах спинного и головного мозга при повреждении периферической нервной системы по типу невротмезиса.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНСУЛЬТА В АРХАНГЕЛЬСКЕ

Живолупов С.А., Бутакова Ю.С.

ВМедА им.С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Новодвинская ГБ, г. Новодвинск

Мозговые инсульты (МИ) были и остаются глобальной медико-социальной проблемой. МИ наносят огромный ущерб экономике, учитывая растущие расходы на диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, потери в сфере производства.

В 2001 году под эгидой НАБИ в России был начат первый крупномасштабный регистр МИ. Были получены достоверные данные об эпидемиологических показателях МИ в России. Заболеваемость среди мужчин и женщин достоверно не различалась, но ее стандартизированные по возрасту показатели составили 2,82 на 1000 населения у мужчин и 2,05 на 1000 населения у женщин, т.е. мужчины достоверно чаще заболевали МИ, чем женщины (Гусев Е.И. с соавт., 2003; Айриян Н.Ю., 2006). Смертность увеличивалась с возрастом от 0,04 на 1000 населения в 30-35 лет до 7,55 на 1000 населения в 70 лет и старше. По данным регистра МИ в России заболеваемость и смертность при МИ значительно варьирует в зависимости от географического положения. Наиболее высокие значения заболеваемости получены в Архангельской области (АО) – 7,43 на 1000 населения и на Дальнем Востоке – 4,71 на 1000 населения (Гусев Е.И. с соавт., 2003).

АО относится к субъектам РФ, где численность населения за последние 15 лет сократилась более чем на 15%, и входит в группу регионов с устойчивым состоянием демографической стагнации, характеризующейся низким уровнем рождаемости, высоким уровнем смертности и отрицательным значением естественного прироста населения. Особенности города Архангельска являются его суровые климатические и гидрологические условия, в результате чего средняя ожидаемая продолжительность жизни более низкая, чем в среднем по РФ (Проблемы экологии Архангельской области на рубеже веков: приоритеты, стратегии, направления, 2002). Проживание в Архангельске связано с такими факторами, как низкая температура воздуха, резкая фотопериодичность и перепады барометрического давления. По данным регистра МИ, организованного в Архангельске в 2001 году, за 2001-2008гг. отмечен рост МИ среди мужчин в возрасте 50-54 и 60-64 лет, заболеваемость среди мужчин в 2,5 и 2,1 раз соответственно больше, чем у женщин. Среди женщин скачок распространенности МИ отмечен в группе 65-69 лет (Хасанова Н.М., Попов В.В., 2012). Факторами, влияющими на смертность среди мужчин являются вид МИ: геморрагический (ГИ) – 5,48 на 1000 населения, субарахноидальное кровоизлияние (САК) – 5,48 на 1000 населения; МИ в анамнезе – 1,67 на 1000 населения. У женщин факторами, независимо влияющими на риск смерти вследствие МИ являются: возраст старше 70 лет – 1,62 на 1000 населения; вид МИ: ГИ – 4,43 на 1000 населения, САК – 3,56 на 1000 населения. К часто встречающимся факторам риска ишемического инсульта относятся, по данным регистра: артериальная гипертензия (АГ) (99,1%), инфаркт миокарда в анамнезе (38,5%), наличие фибрилляции предсердий

(24,9%), а также сахарный диабет (15,7%); для ГИ и САК самыми значимым фактором является АГ (99,6 и 99,3%). При анализе сезонных изменений у жителей Архангельска за период 2002-2008 гг. было выявлено повышение сезонных индексов для ГИ в сентябре (130%), в августе (123%), для САК – в июне (151%), в декабре и марте (130%) (Хасанова Н.М., Попов В.В., 2012).

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Заева З.О., Гардов М.В.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Введение: Показано, что церебральные инсульты могут приводить к появлению остановок дыхания во время сна. Вероятность таких нарушений дыхания выше у пациентов, перенесших инсульт в вертебрально-базилярной системе (ВБС). Возможной причиной служит то, что кровоснабжение структур, непосредственно связанных с дыхательным центром, а также с мотонейронами дыхательных мышц, осуществляется артериями ВБС. Больным с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) присуща и обратная закономерность: более высокий риск развития сосудистых мозговых катастроф. Влияние обструкции верхних дыхательных путей на регуляцию мозгового кровотока и возможности ее коррекции – вопрос, вопрос, не раскрытый до конца. Целью данной работы явилось изучение церебрального гемодинамического резерва при СОАС.

Материалы и методы: 82 человека, обследованные в 2013-2014 гг. в НИКИО в связи с жалобами на храп и остановки дыхания во сне. Группа контроля включала 20 пациентов, не страдающих храпом и СОАС и сопоставимых по возрасту и соматическому статусу с больными основной группы. Клиническое исследование включало оценку индекса массы тела, окружности шеи, строения зубочелюстной системы и верхних дыхательных путей, диагностики сопутствующей патологии. Всем участникам исследования провели кардио-респираторный мониторинг ночного сна (КРМНС), ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов (УЗАС БЦА) с выполнением функциональных тестов и вычислением показателей реактивности артерий КС и ВБС. 10 пациентам с тяжелым СОАС проведено повторное исследование ночного сна и сосудистой мозговой реактивности через 2 месяца от начала СРАР-терапии.

Результаты: По результатам КРМНС все пациенты по степени тяжести СОАС были разделены на три группы: легкую (25), среднюю (24) и тяжелую (33). Каждая группа, включая контрольную, была разделена еще на две подгруппы по возрасту: первая – до 49 лет, вторая – старше 50 лет. По результатам УЗАС БЦА, у больных с СОАС тяжелой степени выявлено достоверное снижение индекса вазомоторной реактивности (ИВМР) в позвоночной (ПА) и основной (ОА) артериях по сравнению с контрольной группой. Оценка производилась путем расчета критерия Манна-Уитни для малых выборок. Более существенное снижение ИВМР отмечено для ПА и ОА в подгруппе старше 50 лет, а также в ОА по сравнению с ПА. Достоверных различий ИВМР в ПА и ОА при СОАС средней и легкой степени и в СМА (независимо от возраста) по сравнению с контрольной группой не отмечено. Пациенты с тяжелым СОАС, получавшие СРАР-терапию через 2 месяца отмечали выраженный клинический эффект в виде купирования головных болей, снижения дневной сонливости и повышения качества жизни. Однако, результаты исследования мозгового кровотока не выявили достоверных изменений ИВМР.

Выводы: Снижение ИВМР у пациентов с СОАС тяжелой степени в вертебрально-базилярной артериальной системе свидетельствует об ограничении функционального резерва мозгового кровотока, что может объяснять выявляемые в некоторых случаях у данной категории пациентов субклинические бульбарные и псевдобульбарные нарушения. Полученные данные могут объяснять повышение риска сосудистых мозговых катастроф, коррелирующее с увеличением возраста пациента и степенью тяжести СОАС. Отсутствие изменения гемодинамического резерва на фоне СРАР-терапии может свидетельствовать о необратимом повреждении церебральной сосудистой ауторегуляции при тяжелом СОАС.

БОТУЛИЗМО-ПОДОБНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Ибатуллин Р.А., Магжанов Р.В.

Башкирский ГМУ, г. Уфа

Препараты ботулинического токсина типа А (БТ-А) блокируют высвобождение ацетилхолина из двигательных нервных терминалей. Инъекции БТ-А стали методом выбора при ряде тяжелых, резистентных к традиционной терапии состояний, таких как фокальные дистонии (спастическая кривошея, блефароспазм и др.). Локальное введение препаратов БТ-А (Диспорт, Ботокс и пр.) в лечебных дозах приводит к развитию дозозависимой хемоденервации и долговременному расслаблению мышц. Признано, что лечение БТ-А имеет очень хороший профиль

безопасности и переносимости. Кроме локальных побочных эффектов, существует вероятность системного распределения токсина, способного вызвать поражение более дистальных холинэргических нервных окончаний (С.Л. Тимербаева, 2005), что подтверждается результатами электромиографического исследования (ЭМГ). В зарубежной литературе имеются сообщения (Bakheit A., 1997, Crowner B.E. 2007, Ghasemi M., 2012 и др.) о развитии генерализованной мышечной слабости после инъекций БТ-А, но нам не встретились подобные сообщения в отечественной литературе. Патогенез такого состояния остается не совсем ясным и расценивается как ботулизм-подобный синдром. Результатами ЭМГ подтверждается нарушение нервно-мышечной проводимости, напоминающее ботулизм (Bhatia K.P., 1999). Указанный феномен рассматривается как вероятное следствие распространения препарата БТ в отдаленные мышцы от мест инъекций с током крови (Beseler Soto B., 2007, Coban A., 2010).

Здесь нами приводится клинический случай подобной генерализованной мышечной слабости, развившейся после проведения инъекций БТ-А у больной 59 лет, страдавшей в течение 4 лет идиопатическим умеренно-выраженным тортиколлисом вправо. Среди сопутствующих заболеваний у пациентки были отмечены сахарный инсулинозависимый диабет II типа в течение 3 лет, а также артериальная гипертензия с умеренным повышением АД. В феврале 2014 г. больной впервые были проведены инъекции Диспорта в суммарной дозе 700 ЕД. Спустя неделю у больной в течение 1-2 дней развивается общая слабость («не могла даже сидеть, говорить»), слабость в конечностях, дыхательные расстройства, нарушение глотания, жевания, речи. После обращения в «скорую помощь» больная была экстренно госпитализирована в палату интенсивной терапии стационара. В связи с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне больной было проведено обследование, в том числе и компьютерная томография головного мозга, где очаговой патологии не было обнаружено. Проводилась вазоактивная, дезагрегантная, ноотропная терапия. В дальнейшем больная с положительной динамикой была переведена в неврологическое отделение больницы и выписана из стационара на 6-е сутки по личной просьбе. Общая мышечная слабость постепенно проходила, и сохранялась еще в течение около 2-х недель. В последующем пациентка отметила и умеренный положительный эффект от введения ботулотоксина в виде уменьшения степени выраженности кривошеи. При повторном обращении в кабинет ботулинотерапии через 3 месяца больной были повторно проведены инъекции Диспорта 400 ЕД в мышцы шеи. Через сутки у больной, как и после первого введения БТ-А, вновь развивается генерализованная мышечная слабость, но меньшей степени выраженности. Пациентка все же обратилась на станцию «скорой помощи», после чего была доставлена в стационар. В приемном покое больная была осмотрена неврологом, который счел возможным не госпитализировать пациентку в стационар. Больной было рекомендовано наблюдение невролога и терапевта по месту жительства. В данном случае общая мышечная слабость прошла в течение около 3-4-х дней. Тщательное плановое обследование больной в условиях неврологического отделения не выявило каких-либо данных за миастению или миастенические синдромы.

Таким образом, в редчайших случаях при проведении инъекций БТ-А возможно развитие генерализованной мышечной слабости (ботулизм-подобный синдром, ятрогенный ботулизм). Данный вид осложнений ботулинотерапии делает необходимым для врачей-инжекторов иметь соответствующую настороженность при выполнении инъекций БТ-А.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ

Иванова Г.П., Скрипченко Н.В., Железникова Г.Ф., Суровцева А.В., Скрипченко Е.Ю.

НИИДИ ФМБА, СПбГПМУ, Санкт-Петербург

Рассеянный склероз (РС) является аутоиммунным нейродегенеративным заболеванием нервной системы, в прогрессировании которого предполагается участие вирусов семейства Herpesviridae.

Цель исследования: определить частоту и структуру реактивации вирусов герпеса при РС у детей для оптимизации терапии.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 10 до 17 лет с РС в течение 3-х лет. Этиологическая диагностика на вирусы герпеса 1-6 типов включала ПЦР real time, метод иммуноцитохимии и ИФА, а также иммуноблот на вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ). В ЦСЖ определялся плеоцитоз, основной белок миелина (ОБМ), а в крови и ЦСЖ – олигоклональные полосы IgG методом изоэлектрофокусирования и цитокины (ИЛ-1 β ; ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИФН- α и ИФН- γ) методом ИФА.

Результаты и их обсуждение: РС у детей в 87,5% случаев имел рецидивирующе-ремиттирующий тип течения (PPPC), характеризующийся в «дебюте» моносимптомностью, а в последующем отсутствием или незначительным прогрессированием неврологической симптоматики с увеличением до 0,5 балла/год по шкале EDSS и частотой обострений ~ 2,3 в год. Прогрессирующие типы РС (вторично-прогрессирующий тип, n=3 и рецидивирующе-прогрессирующий, n=2) составили 12,5%, имели полисимптомность проявлений в начале болезни, 3-4 обострения в год и в 2-2,5 раза большую тяжесть симптоматики по шкале FS. PPPC наблюдался у детей от 10 до 15 лет и в 3/4 случаев среди девочек, а прогрессирующие типы РС – у детей в возрасте от 15 до 17 лет и в 60% у мальчиков. В ЦСЖ в 75% случаев определялся 2 тип олигоклонального синтеза Ig с повышением каппа и лямбда цепей

в 52,5% и 45% случаев соответственно. Среди инфекционных заболеваний, наблюдавшихся в течение 3-х лет до «дебюта» РС, наиболее частыми, кроме острых респираторных инфекций, оказался: инфекционный мононуклеоз (42,7%), тонзиллит (29%) и лимфаденопатия (25%). При обострениях РС выявлена реактивация хронической герпесвирусной инфекции, в основном ВЭБ + вирус герпеса 6 (ВГ-6), регистрация которой возрастала в 2-4 раза в крови и/или в ЦСЖ по сравнению с периодом ремиссии, достигая 67,8%, а также наблюдалось увеличение плеоцитоза в ликворе до 30-40 клеток в 1 мкл у 75% больных и повышение уровня ОБМ в ЦСЖ в 95% случаев, что подтверждало участие данных агентов в развитии обострений РС, в прогрессировании воспаления и демиелинизации. Установлено, что при РППС в 55,5% случаев наблюдается реактивация ВЭБ+ВГ-6, а в 11,4% – моно-ВЭБ инфекции, при прогрессирующих типах (ПРС) – во всех случаях выявляются 3-4 представителя семейства. Установлено, что ПРС сопряжены с 2-5-кратным усилением системного ответа цитокинов врожденного иммунитета ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-10, гиперпродукцией ИФН- γ по сравнению с показателями при РППС. Коэффициенты корреляции (r) с цитокинами сыворотки крови составили 0,47; 0,5; 0,35 и 0,42 соответственно, а по ЦСЖ сильная прямая корреляционная связь установлена с ИЛ-6 ($r=0,71$). Особенностью ПРС является также более высокий показатель, по сравнению с РППС, ИЛ-6 в ЦСЖ (более 30 пг/мл) при обострении и сохраняющийся повышенный уровень в ремиссию более 10 пг/мл, что свидетельствует о сохранении воспаления при клинико-лучевой ремиссии заболевания. Установлена прямая корреляционная зависимость между реактивацией, кроме ВЭБ и ВГ-6 типа, также вируса простого герпеса 1-2 типа и/или цитомегаловируса и прогрессирующим типом течения РС ($r=0,68$).

Заключение: Таким образом, выявлена причинно-следственная связь между развитием обострений РС и реактивацией вирусов герпеса в крови и/или ЦСЖ. При этом при выявлении более 2-х типов герпесвирусов возрастает риск развития прогрессирующих типов РС. Полученные результаты определяют целесообразность обследования пациентов с РС на герпесвирусы и необходимость включения в комплексную терапию детей с РС препаратов с прямой противовирусной активностью при подтверждении их реактивации.

ОЦЕНКА ОБОНЯНИЯ С ПОМОЩЬЮ SNIFFING STIX TEST У ПАЦИЕНТОВ С ДРОЖАТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И АТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОГО ТРЕМОРА

Ижболдина О.П., Жукова И.А., Жукова Н.Г., Алифирова В.М., Никитина М.А., Миронова Ю.С.

Сибирский ГМУ, г. Томск

Актуальность: болезнь Паркинсона (БП) одна из самых распространенных нозологий экстрапирамидной системы. Однако примерно в 25% случаев наблюдается гипердиагностика заболевания, а в 10-20% патология наоборот остается нераспознанной. Чаще всего эти диагностические ошибки связаны с атипичными симптомами нозологии и схожестью клинической картины дрожательной формы БП с атипичной формой эссенциального тремора (ЭТ).

Цель: изучить обонятельную функцию у пациентов с дрожательной формой БП и атипичной экстрапирамидной формой ЭТ.

Материалы и методы: обследовано 12 пациентов с дрожательной формой БП (I группа) и 12 пациентов с атипичной экстрапирамидной формой ЭТ (II группа). Обонятельная функция исследована у всех пациентов с помощью расширенного Sniffing Stix Test. Степень выраженности обонятельных нарушений оценивалась по сумме баллов всех трех субтестов. Сумма более 30 – нормосмия, 30-15 баллов – гипосмия, сумма меньше 15 свидетельствовала о функциональной anosмии.

Результаты: У всех пациентов с БП были выявлены нарушения разной степени выраженности: 11 пациентов (91,7%) имели гипосмию, 1 человек (8,3%) – anosмию. Нормосмия у пациентов этой группы не была зафиксирована. Во II группе 9 участников (75%) имели нормальную обонятельную функцию, и только у 3-х (25%) была определена гипосмия. Anosмия не была зарегистрирована ни у одного пациента II группы. Наиболее значимые различия ($p<0,01$) между группами наблюдались у пациентов по такому параметру как идентификация запахов: у лиц I группы среднее значение составило $9,1\pm 2,3$ балла, II группы – $13,2\pm 1,2$ балла.

Выводы: Нарушение обонятельной функции более характерно для дрожательной формы БП, чем для атипичной экстрапирамидной формы ЭТ. Более специфичным для БП является снижение идентификации запахов. Таким образом, оценка обонятельной функции является полезным инструментом для проведения дифференциальной диагностики между двумя нозологиями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАСТЕНИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Искра Д.А., Дыскин Д.Е.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Лечение синдрома хронической усталости (СХУ) является трудноразрешимой проблемой современной неврологии. Полное излечение декларирует не более 10% пациентов. В последнее время все более активно в лечении СХУ используются препараты, обладающие адаптогенными свойствами, как синтетические, так и растительного происхождения. Однако результаты исследований фармакологических эффектов препаратов этой группы весьма противоречивы.

Целью исследования явилось изучение терапевтической эффективности адаптогенов растительного происхождения и специфических (синтетических) актопротекторов при лечении СХУ.

Было обследовано 37 больных с верифицированным диагнозом СХУ. Все пациенты были разделены на две группы (20 и 17 человек). Первой группе пациентов лечение СХУ осуществлялось с использованием препарата оксиэтиламмония метилфеноксиацетат (трекрезан). Во второй проводилась терапия лимонником дальневосточным. У всех пациентов в начале, в конце курса лечения, через 10, 30 и 60 дней после его окончания проводилось анкетирование с использованием опросника качества жизни (SF-36), многомерного опросника на утомляемость (MFI-20) и опросника Список симптомов CDC.

В результате проведенного обследования было установлена однородность групп сравнения по выраженности астенических проявлений. Физический компонент здоровья по опроснику SF-36 составлял 16,9 и 16,6 баллов соответственно для первой и второй группы, психический компонент – 7,4 и 8,1 баллов. Показатели общей астении по опроснику MFI-20 составляли 17,3 и 17,8 баллов, а общая суммарная оценка – 68,4 и 70,1 баллов. Общий интегральный показатель по опроснику CDC соответствовал 29,0 и 28,5 баллам. В результате проведенного лечения улучшение было получено у 68% пациентов первой и 61% второй группы. Однако скорость и стойкость наступления терапевтических эффектов в группах была различной. В первой группе улучшение наблюдалось с 8-12 дня лечения, во второй – не ранее 20 суток. Пациенты первой группы отмечали улучшение в течение 2 месяцев после окончания лечения, во второй группе терапевтический эффект нивелировался на 2-3 сутки после окончания приема препарата.

Таким образом, специфические (синтетические) актопротекторы следует считать препаратами выбора для лечения СХУ в отличие от адаптогенов растительного происхождения, которые могут быть рекомендованы в качестве средств для вспомогательной терапии.

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТОГЕНЕЗА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННО- РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОКАЛЬНЫХ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ВИСОЧНЫХ ЭПИЛЕПСИЙ

Касумов В.Р., Степанова Т.С., Кравцова С.В., Касумов Р.Д., Берснев В.П., Улитин А.Ю.

РНХИ им. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург

Цель исследования: Оптимизация хирургического лечения височной эпилепсии на основе диагностических нейрофизиологических биомаркеров эпилептогенеза.

Материал и методы: Изучены результаты электроклинического обследования и хирургического лечения 270 больных (19–50 лет) с посттравматической фокальной и мультифокальной височной эпилепсией. Использовали динамический мониторинг ЭЭГ, ЭКоГ, ЭСКГ, СЭЭГ в корреляции с нейровизуализацией (МРТ, КТ, ПЭТ).

Результаты и их обсуждение: Представлен алгоритм применения нейрофизиологических и нейровизуализационных технологий для изучения хронотопологии эпилептогенеза в процессе формирования пароксизмального синдрома на разных этапах заболевания. Выделены особенности темпорального и экстратемпорального эпилептогенеза, которые определяют клинические формы фокальной эпилепсии в зависимости от путей эпилептизации и вовлечения глубоких структур мозга. Показано, что ранний темпоральный эпилептогенез характеризуется индивидуальными особенностями локализации и протяженности эпилептического фокуса. На материале нашего Института изолированный эпилептический очаг в височной коре (латеральная эпилепсия) наблюдался у 4% пациентов, изолированный лимбический фокус (мезиальная эпилепсия) – у 17%, обширная эпилептическая зона, включающая височный неокортекс и лимбические структуры, – у 79%. Эти результаты оптимизируют стратегию открытого хирургического лечения монотемпоральной эпилепсии (передняя височная лобэктомия под ЭКоГ-ЭСКГ-контролем). По данным стерео-ЭЭГ прослежены глубинные пути экстратемпорального эпилептогенеза: гиппокамп и миндалина через передние ядра таламуса включены в адаптивную мозговую систему циклических кругов Papez и Nauta. Этот важный факт должен учитываться при стереотаксических диагностико-лечебных вмешательствах на глубинных целевых структурах мозга. При мультифокальной однополушарной височной эпилеп-

сии были выделены клинично-анатомо-электрофизиологические варианты позднего эпилептогенеза, сочетающиеся с грубыми распространенными дизритмиями на ЭЭГ: височно-лобная, височно-центральная, височно-теменная эпилепсия; с позиций топической диагностики подчеркнута роль кортико-кортикальных путей эпилептогенеза (горизонтальные эпилептические системы). Определены рациональные показания к хирургическому лечению многоочаговой височной эпилепсии, среди которых принципиальным является прямое совпадение данных ЭЭГ-мониторинга с зоной морфологических изменений мозга. По нашим данным, оптимизированная хирургическая тактика у этой категории пациентов должна включать в себя основной объем оперативного лечения на височной доле в комбинации с малоинвазивными, малотравматичными приемами, такими как щадящая резекция участков коры, рассечение кортико-кортикальных связей, субпиальные транссекции в элоквентных участках лобной и височной коры.

Выводы: Таким образом, височная эпилепсия является сложной формой, имеющей свои топико-диагностические аспекты и нейрофизиологические биомаркеры эпилептогенеза, интегрированные особенности которых необходимо учитывать при разработке стратегии и тактики адекватного дифференцированного хирургического лечения посттравматических фармакорезистентных фокальных и мультифокальных форм эпилепсии.

РАССТРОЙСТВА СНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Киртаев С.Ю., Литвиненко И.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Пациенты с болезнью Паркинсона (БП) имеют больше нарушений сна, чем люди той же возрастной группы без заболевания. Среди них неспособность спать всю ночь и затруднения повторных засыпаний после пробуждения. У них обычно нет проблем инициирования сна, но они просыпаются уже через несколько часов после начала сна и в дальнейшем сон носит поверхностный характер. Это обуславливает такие проблемы как дневная сонливость, невозможность или трудность переворачивания в постели, частые пробуждения для ночного туалета и т.д. Наиболее важной причиной этих изменений является ночная акинезия, вследствие нехватки дофамина в ночное время.

Цель: определить возможные пути коррекции нарушений сна у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 18 пациентов с болезнью Паркинсона (12 мужчин и 6 женщины, со средним возрастом $69,7 \pm 3,3$ года, средней продолжительностью заболевания $9,6 \pm 3,7$ года, 3,0 и 4,0 стадией по шкале Хён и Яра, суммарным количеством баллов по шкале УШОБП $27,4 \pm 5,6$). Пациенты были разделены на две группы (ПБП1 и ПБП2). ПБП1 (10 человек) были назначены препараты леводопы непосредственно перед сном и в ночное время при просыпании для ночного туалета, ПБП2 (8 человек) применяли препараты леводопы только в дневное время и непосредственно перед сном. Для оценки результата использовались анкетирование, шкала оценки сна при БП (ШСБП), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), шкала оценки качества жизни PDQ-39. Оценка проводилась через 2 и 6 месяцев от начала лечения.

Результаты: получена статистически значимая прямая корреляция уменьшения показателей ШСБП ($p < 0,05$) и по шкале PDQ-39 ($p < 0,05$) у ПБП1 по сравнению с ПБП2. Также у этих пациентов отмечалось уменьшение дневной сонливости, памяти, внимания. С уменьшением гипокинезии у ПБП1 отмечалась прямая корреляция с количеством просыпания для ночного туалета ($p < 0,05$).

Заключение: Нарушения ночного сна, связанные с развитием ночной акинезии значительно ухудшают качество жизни пациентов с БП, приводят к учащению ночного мочеиспускания, ухудшению памяти, внимания, связанные с уменьшением глубоких фаз сна и увеличением поверхностных. Поверхностный сон увеличивает влияние симпатической нервной системы, что в свою очередь приводит к ускорению мочеобразования в ночное время.

Рекомендации: У пациентов с поздними стадиями БП необходимо использовать пролонгированные формы леводопасодержащих препаратов непосредственно перед сном. Необходимо рекомендовать прием пролонгированных форм или малых доз простых форм леводопасодержащих препаратов в ночное время при просыпании для ночного туалета.

СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Киртаев С.Ю., Литвиненко И.В., Куц Н.В., Лупина Н.А., Бодрова Т.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Нередко при ведении пациентов с болезнью Паркинсона лечащие врачи забывают о сопутствующей патологии, которая может существенным образом влиять на течение заболевания и требовать коррекции, наряду с терапией основного заболевания. Примерно в 60-65% случаев при обращении к врачу, пациенты предъявляют жалобы на головокружения, шум в ушах, головные боли, а в 37-70% выявляются симптомы орального автоматизма, патологические кистевые рефлекссы. По данным ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга у 55-60% пациентов определяются признаки нарушения венозного оттока. Изменения мозга сосудистого происхождения при выполнении МРТ головного мозга выявляются у 43% пациентов с болезнью Паркинсона. Данные изменения носят хронический прогрессирующий характер в рамках субкортикальной энцефалопатии, где наряду с очаговыми изменениями вещества головного мозга сосудистого генеза обнаруживается перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз. На этапах диагностики данные факторы нередко приводят к ошибкам – в 20-23% случаев пациентам с болезнью Паркинсона выставляется диагноз сосудистого паркинсонизма, что приводит к неправильному лечению и, впоследствии, более раннему развитию инвалидизации пациентов, а так же значительным экономическим потерям.

На этапе ведения пациента в случаях правильной постановки диагноза болезни Паркинсона также нередко упускаются вопросы коррекции сопутствующих сосудистых нарушений. Это влечет за собой более раннее развитие у таких пациентов когнитивных нарушений, депрессии, нарушения походки, постуральной неустойчивости, вегетативных расстройств, в частности, ортостатической гипотензии и других немоторных осложнений болезни Паркинсона.

Выводы: Сосудистые нарушения по типу хронической недостаточности мозгового кровообращения, преимущественно вследствие нарушения венозного оттока, является частой сопутствующей патологией при болезни Паркинсона. Наличие сосудистой патологии головного мозга не является основным критерием для постановки диагноза сосудистый паркинсонизм, в сомнительных случаях на этапе диагностики может быть полезна проба с леводопасодержащими препаратами. В период наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона необходимо уделять должное внимание коррекции сопутствующих сосудистых нарушений головного мозга, с этой целью может быть полезным использование венотоников, антиагрегантов, ноотропной терапии и др.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ МИКРОКРОВОИЗЛИЯНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Ключева Е.Г., Голдобин В.В., Тимонина О.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Церебральные микрокровоизлияния (ЦМК) являются одной из форм морфологических изменений головного мозга, связанной с микроангиопатий мозговых артерий и диапедезом элементов крови через неповрежденную сосудистую стенку с последующим отложением гемосидерина в вещество головного мозга. Наиболее частыми предрасполагающими факторами ЦМК являются: церебральная амилоидная ангиопатия, неконтролируемая артериальная гипертензия, сахарный диабет, васкулиты. Выявление ЦМК требует исследования в специальных режимах МРТ: SWI (Susceptibility – Weighted Imaging – МР-изображения, взвешенные по неоднородности магнитного поля) или T2-эхо градиент, где они определяются как гипоинтенсивные очаги размером 2-10 мм, указывающие на отложение гемосидерина. С возрастом частота выявления ЦМК увеличивается (у лиц старше 60 лет – до 40%).

Цель работы: изучить частоту выявления микрокровоизлияний головного мозга у лиц молодого и среднего.

Материалы и методы: Было обследовано 105 пациентов в возрасте от 18 до 84 лет, женщин – 68, мужчин – 37. Из них лица молодого и среднего возраста составили 24% – 25 человек (18-45 лет). Всем пациентам проводилось неврологическое и терапевтическое обследование по стандартной методике, а также выполнялось магнитно-резонансное томографическое (МРТ) исследование головного мозга в специальных режимах: SWI либо T2-эхо градиент.

Результаты и их обсуждение: При неврологическом осмотре у лиц молодого и среднего возраста на первое место выступали жалобы на головные боли, нарушение концентрации внимания и формулы сна. В неврологическом статусе у всех пациентов выявлялась неврологическая микросимптоматика: нистагм, легкие симптомы орального автоматизма, признаки пирамидной и мозжечковой недостаточности, элементы статической атаксии.

При МРТ исследовании головного мозга этих пациентов в режимах T2 и FLAIR на уровне базальных ганглиев, семиовальных центров и в зоне водораздела отмечалось расширение периваскулярных пространств по ходу пенетрирующих сосудов, что потребовало более детального обследования в других режимах. Включение SWI или

T2-эхо градиент программ при нейровизуализационном дообследовании позволило верифицировать единичные или множественные сливные очаги отложения гемосидерина в базальных ганглиях, преимущественно в бледных шарах в сочетании с отложением гемосидерина в зубчатых ядрах мозжечка (72%), как ЦМК.

Выводы: Выявление неврологической микросимптоматики у лиц молодого и среднего возраста, а так же обнаружение расширения периваскулярных пространств по ходу пенетрирующих сосудов при МРТ исследовании головного мозга в режимах T2 и FLAIR требует использования специальных режимов МРТ: SWI или T2-эхо градиент, и обуславливает необходимость уточнения этиологии ЦМК у данной категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ТЕЧЕНИЕ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО И ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА

Ключева Е.Г., Голдобин В.В., Гареева В.Р.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение: Половые гормоны оказывают плейотропное действие на атерогенез, состояние системы крови, метаболизм нервной ткани. Учитывая гендерные различия развития цереброваскулярной патологии, представляется актуальным исследование течения ишемического инсульта и уровня половых гормонов у пациенток в менопаузе.

Цель исследования: Изучить влияние уровня половых гормонов в крови на скрининговые тесты плазменно-коагуляционного звена гемостаза и течение атеротромботического и лакунарного инсультов у женщин в менопаузе.

Материалы и методы: Были обследованы 2 группы пациенток в менопаузе с неосложненным течением ишемического инсульта: атеротромботического (1-я группа, n=35) и лакунарного (2-я группа, n=42). Достоверного различия по возрасту у больных обеих групп не было. Пациентки, принимавшие заместительную терапию половыми гормонами, в исследование не включались. Всем больным проводили неврологический осмотр по стандартной методике. При поступлении и при выписке состояние оценивали по шкале инсульта Американского национального института здоровья (NIHSS). Исследование уровней эстрадиола и прогестерона, скрининговых параметров коагулограммы: протромбина по Quick, активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), выполнялось на 10-й день от развития инсульта. Были использованы стандартные наборы DRG Estradiol ELISA (DRG, Германия) и «СтероидИФА-прогестерон» (ООО «Компания Алкор Био», Россия). Исследования выполнены в условиях ЦКДЛ СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Результаты и их обсуждение: Показатель NIHSS у женщин 1-й группы исходно был 10,4±4,6 балла, при выписке – 4,7±3,0 балла. У обследованных 2-й группы данные значения составили соответственно 6,1±3,8 балла и 3,5±3,0 балла. Наблюдались достоверно более высокие показатели NIHSS у обследованных 1-й группы (p<0,05), что объясняется большими размерами ишемического очага у пациенток с атеротромботическим инсультом. У женщин 1-й группы уровень эстрадиола в крови был равен 28,6±29,0 нмоль/л, прогестерона – 2,0±4,0 нмоль/л. Во 2-й группе указанные значения составили соответственно 27,1±23,7 нмоль/л и 1,2±2,1 нмоль/л. Достоверного различия уровня половых гормонов у пациенток обеих подгрупп не наблюдалось. Значения протромбина и АПТВ соответствовали нормальному референсному интервалу. У пациенток 1-й группы определяли обратную выраженную корреляцию уровня протромбина с уровнем эндогенного эстрадиола (r=-0,582, p<0,05). Достоверных корреляций показателей гормонов и АПТВ не выявлено. У обследованных 1-й группы отмечалась сильная обратная корреляция балла по NIHSS при поступлении с уровнем эстрадиола (r=-0,894, p<0,05), что указывало на низкие цифры эндогенного эстрадиола у женщин с более тяжелым инсультом. У пациенток 2-й группы отмечалась выраженная прямая корреляция уровня прогестерона в сыворотке крови с баллом по NIHSS при поступлении (r=0,549, p<0,05), что указывало на более высокие значения прогестерона у обследованных с выраженными клиническими проявлениями лакунарного инсульта.

Выводы: При атеротромботическом инсульте имеет значение низкий уровень эстрогенов, при лакунарном – более высокий уровень прогестерона. У пациенток с атеротромботическим инсультом низкий уровень эндогенного эстрадиола может увеличивать тромбогенный потенциал плазменно-коагуляционного звена гемостаза.

ОЦЕНКА ЗРЕНИЯ ПО НИЗКОКОНТРАСТНЫМ ТАБЛИЦАМ СЛОАН В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Коваленко А.В., Бисага Г.Н., Коваленко И.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Оценка зрения по низкоконтрастным буквенным таблицам Слоан (бинокулярный тест), разработанная L.J. Balcer для пациентов с рассеянным склерозом (РС), показала себя как высокочувствительный метод для выявления субклинических обострений РС (Thurtell M.J. et al., 2009; Balcer L.J., Frohman E.M., 2010; Talman L.S. et al., 2010), однако в нашей стране этот метод пока практически не используется.

Цель работы: оценить информативность проверки зрения по низкоконтрастным буквенным E-таблицам Слоан при диагностике и динамическом наблюдении за пациентами с РС.

Материалы и методы: Обследовано 120 пациентов (38 мужчин и 82 женщины) с достоверным диагнозом рецидивирующе-ремиттирующего РС в соответствии с критериями W.I. McDonald (2005) и тяжестью заболевания по шкале инвалидизации J. Kurtzke от 1,0 до 5,5 баллов. Возраст пациентов от 20 до 55 лет ($35,2 \pm 10,6$). Неврологический осмотр и нейроофтальмологическое обследование проводили раз в 3 месяца в течение 1,5 лет. Бинокулярную низкоконтрастную проверку зрения по E-таблицам Слоан (LCSLC – Precision Vision, laSalle, IL), проводили при полной коррекции остроты зрения для дали. Для проверки использовали таблицы с уровнем контраста 100%, 2,5%, 1,25% на расстоянии двух метров от глаз пациента с коррекцией остроты зрения для дали.

Результаты и их обсуждение: При тестировании пациентов с использованием низкоконтрастных таблиц Слоан отмечено снижение распознавания знаков при предъявлении таблиц с контрастностью 2,5% и 1,25% уже на начальных стадиях заболевания РС более чем в 95% случаев, несмотря на высокую остроту зрения, которая с коррекцией по таблице Головина-Сивцева составила 0,9-1,0. Тестирование пациентов с помощью таблиц Слоан оказалось также очень эффективным для динамического наблюдения пациентов с РППС. Снижение количества прочитанных знаков даже при нормальной остроте зрения и полях в большинстве случаев свидетельствовало о начинающемся обострении РС. Выявлена высокая корреляция данного показателя с увеличением длительности заболевания и с обострением РС ($p < 0,001$). Использование данного теста в комбинации с другими офтальмологическими методами способствовало улучшению качества мониторинга эффективности лечения больных с РС.

Заключение: Снижение распознавания низкоконтрастных оптотипов при использовании E-таблиц Слоан может служить одним из самых ранних индикаторов начинающегося обострения РС, указывающим на необходимость дообследования больного и проведения МРТ с внутривенным контрастированием, несмотря на отсутствие нарастания очаговой неврологической симптоматики по шкале EDSS.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕМИТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Коваленко А.В., Коваленко И.Ю., Артемьева Н.П., Бисага Г.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: В настоящее время наибольшее распространение получила теория мультифакторной этиологии рассеянного склероза (РС), где в развитии патологического процесса у генетически предрасположенных лиц под воздействием внешнего фактора активируются аутоиммунные механизмы разрушения миелина. Возникающие при этом гемодинамические нарушения трактуются как вторичные, вследствие иммунных реакций с вовлечением в них сосудистого русла.

Цель исследования: Исследование церебральной гемодинамики у пациентов с ремиттирующей формой РС для оценки степени вовлечения сосудов в патологический процесс.

Материалы и методы: Обследованы 44 пациента с достоверно доказанным РС (32 женщины и 12 мужчин), ремиттирующей формой течения. Средний возраст $35,2 \pm 5,3$ лет, длительность заболевания $4,6 \pm 2,3$ (от 1 до 10 лет), EDSS – $2,5 \pm 1,5$ баллов. Группа контроля – 30 человек. Для оценки церебральной гемодинамики использован метод ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга (аппарат «Сономед» С-325 фирмы «Спектрмед» (Россия) с набором датчиков, генерирующих ультразвуковые волны частотой 2,4 и 8 МГц). Для определения реактивности сосудов проводили вентиляционные пробы, компрессию синокаротидной зоны. Всем пациентам была выполнена офтальмоскопия сосудов глазного дна по стандартной методике.

Результаты и их обсуждение: Выявлено нарушений цереброваскулярной реактивности (ЦВР): снижение интегрального индекса ЦВР в 64% случаев. Так, интегральный индекс в группе контроля составил $66,1 \pm 11,6\%$, в группе пациентов с ремиттирующей формой РС – $46,7 \pm 12,2\%$, при длительности заболевания более 5 лет – $41,2 \pm 8,2\%$. Ограничение диапазона ЦВР за счет вазодилатационного компонента отмечалось в 60% ($n=26$), в 50% выявлялось ее ограничение за счет вазоконстрикторного компонента ($n=22$). У 14 пациентов (31,8%) – сочетанное ограничение диапазона ЦВР за счет вазоконстрикторного и вазодилатационного компонентов. Коэффициент

реактивности на гипокпапническую нагрузку был в 50% у пациентов с РС $0,75 \pm 0,08$, у лиц контрольной группы – $0,65 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Коэффициент реактивности на гиперкапническую нагрузку у лиц с РС $1,13 \pm 0,05$ (60%), что ниже аналогичного коэффициента в контрольной группе – $1,3 \pm 0,1$ ($p > 0,05$). При длительности заболевания РС более 5 лет – в 80% случаев выявлено нарушение ЦВР. Средняя линейная скорость кровотока по средним мозговым артериям – $72,4 \pm 7,8$ см/сек, в контрольной группе – $62,1 \pm 6,5$ см/сек. Кровоток по передним артериям у пациентов с РС составил $39,15 \pm 8,4$ см/сек соответственно против $51,7 \pm 6,3$ см/сек в контрольной группе. Асимметрия кровотока по средним мозговым артериям за счет недостаточного кровотока по одной из них более 15% встречалась в 32% случаев ($n=14$). В 27% случаев наблюдалось снижение сосудистого тонуса. При офтальмоскопии у 27,2% пациентов с длительностью заболевания более 5 лет была выявлена ангиопатия сетчатки.

Выводы: Сосудистые изменения при РС носят распространенный и системный характер. В первую очередь при данной патологии страдает реактивность сосудов, которую можно определить методом ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга с использованием нагрузочных проб. Однако офтальмоскопия глазного дна на начальных этапах заболевания чаще патологии сосудистого русла не выявляет и является неинформативной.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Костенко Е.В., Бобырева С.Н., Энеева М.А.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Актуальность: Клиническая практика свидетельствует, что возможности восстановления нарушенных функций у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) варьируемы. Это обусловлено многообразием последствий ОНМК, а также наличием и тяжестью коморбидных заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось изучение коморбидности у пациентов после ОНМК, выявление ведущей коморбидной патологии и ее влияния на особенности реабилитационного процесса у исследуемой категории пациентов.

Материалы и методы: Была отобрана репрезентативная группа, включающая 1 317 пациентов, перенесших ишемический инсульт (ИИ). Коморбидность оценивали по модифицированному индексу коморбидности Чарлсона.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст пациентов составил в целом $60,6 \pm 2,6$ лет, из них мужчин 46,7% ($n=615$); женщин 53,3% ($n=702$). Средний возраст мужчин $62,5 \pm 2,3$ лет, женщин $58,7 \pm 2,8$ лет. Наибольшее число пациентов имели легкую (39,8%; $n=524$) и среднюю степень тяжести неврологических нарушений (44,9%; $n=591$) и 15,3% ($n=202$) пациентов – тяжелую степень выраженности неврологических расстройств. Уровень сопутствующей патологии составил 391,5 случаев на 100 пациентов и был выше среди женщин и лиц в возрастной группе старше 60 лет. Уровень сопутствующей заболеваемости с возрастом увеличивается с 102,2 случаев до 496,3 случаев на 100 обследованных. Первое место принадлежит болезням системы кровообращения. Наиболее распространенным коморбидным заболеванием является ИБС, в том числе, с нарушением сердечного ритма, наличие ОНМК и инфаркта миокарда в анамнезе, ГБ и атеросклероз. Коморбидность болезням нервной системы, была представлена расстройствами вегетативной нервной системы с нарушениями сна (64,5%), экстрапирамидными и другими двигательными нарушениями (23,4%), эпизодическими и пароксизмальными расстройствами (17,2%), гидроцефалией (16,8%), моно- и полиневропатиями (в том числе диабетической) (15,4%). Коморбидность болезням костно-мышечной системы представлена дорсопатиями (39,2%), остеоартрозами и артрозами (30,4%), воспалительными полиартропатиями (12,7%), подагрой (9,6%), остеопорозом (7,2%). Таким образом, на перечисленные первые три класса заболеваний приходится 59,8% всей выявленной сопутствующей патологии, причем на первые два класса – 44,1%.

Среди лиц в возрасте от 41 до 50 лет преобладают пациенты, имеющие одно сопутствующее заболевание, а среди пациентов старше 71 года – с 4 и более. Модифицированный индекс коморбидности Чарлсона составил $6,8 \pm 3,8$ баллов, при этом у пациентов с легкой степенью выраженности неврологических расстройств $5,2 \pm 1,6$ баллов, с умеренной – $6,1 \pm 4,6$ баллов и у пациентов с тяжелой степенью выраженности неврологических расстройств – $9,2 \pm 5,1$ балл.

В соответствии с комплексной оценкой тяжести состояния пациента проводилось составление индивидуализированной реабилитационной программы.

Заключение: Наличие коморбидности следует учитывать при выборе алгоритма диагностики, оценке реабилитационного потенциала пациента и составлении комплексной индивидуализированной реабилитационной программы. Индивидуальный подбор лечебных и реабилитационных программ, проводимый с учетом таких медицинских факторов, как вид патологии, характер и степень нарушенных функций, наличие сопутствующей коморбидности будет способствовать повышению эффективности проводимых мероприятий и предупреждению осложнений.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Костенко Е.В., Бобырева С.Н., Энеева М.А.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Актуальность: Дифференцированный подход к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий учитывает факторную обусловленность здоровья, поскольку в задачи реабилитации входит нивелирование негативных и стимулирование позитивных факторов образа жизни.

Целью исследования явилось изучение социально-демографической характеристики пациентов с ЦВБ, как важного аспекта в структуре индивидуализации реабилитационных программ.

Материалы и методы: На основании анализа медицинских карт амбулаторного больного и результатов анкетирования были оценены социально-демографические характеристики пациентов с ЦВБ 1-й, 2-й и 3-й стадии и выявлены их особенности. Общее количество обследованных пациентов – 181 человек, из них 75 (41,4%) мужчин и 106 (58,6%) женщин. Средний возраст – 62,5±5,3 лет, в том числе 61,7±5,8 лет у мужчин и 63,3±5,5 лет у женщин. Преобладали пациенты с ЦВБ 2 стадии 48,7% (88 пациентов).

Результаты и их обсуждение: Анализ распределения обследованных пациентов по полу показал, что в целом женщин было достоверно в 1,4 раз больше, чем мужчин. В группе пациентов с ЦВБ 1 стадии достоверно в 1,8 раз преобладают женщины ($p < 0,05$), а в группе ЦВБ 3 стадии – мужчины ($p > 0,05$). В целом среди обследованных пациентов достоверно преобладали лица в возрасте 60-69 лет (39,2%). Было выявлено достоверное преобладание пациентов в возрасте 50-59 лет в группе пациентов с ЦВБ 1 стадии, в группе пациентов с 3 стадией ЦВБ таковых в 2,7 раз меньше и достоверно преобладают пациенты старшей возрастной группы. Среди пациентов-мужчин с ЦВБ 2 и 3 стадии больных старше 70 лет было достоверно в 2,8 раз больше, чем среди пациентов-мужчин с ЦВБ 1 стадии. Пациентов-мужчин с ЦВБ в возрасте 40-49 лет было достоверно больше, чем пациентов-женщин этого же возраста. Анализ распределения обследованных больных женщин в зависимости от возраста и стадии ЦВБ показал достоверное преобладание среди больных ЦВБ 2 и 3 стадии лиц трудоспособного возраста (возрастной группы 50-59 лет) по сравнению с больными ЦВБ 1 стадии.

Проведенный анализ социального статуса обследованной категории пациентов позволил установить, что достоверно преобладают пенсионеры (61,3%), из них 26,7% пациентов – работающие пенсионеры. В группе пациентов с ЦВБ 1 стадии 44,4% составляют работающие пациенты. В целом большая часть пациентов с ЦВБ имели среднее специальное (37,6%) и высшее (35,4%) образование. Большинство обследованных пациентов с ЦВБ имели низкую удовлетворенность местом работы (60%), причем число таких лиц достоверно преобладало среди пациентов с ЦВБ 2 стадии. Каждый второй пациент состоял в браке (48,6%), число таковых преобладало среди пациентов с 1 стадией ЦВБ, каждый пятый пациент не состоял в браке, среди пациентов с 3 стадией каждый третий был вдов.

Заключение: Проведенный анализ социально-демографической характеристики пациентов с ЦВБ, играющей важную роль в формировании здоровья, позволяет разрабатывать индивидуализированные программы медико-социальной реабилитации этой категории пациентов.

ОТО- И РИНОСИНОСОГЕННЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кривопапов А.А., Янов Ю.К., Щербук А.Ю., Артюшкин С.А.

СПбНИИ уха, горла, носа и речи, СПбГУ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Отогенные и риносинусогенные внутричерепные осложнения являются одной из актуальных проблем современной оториноларингологии и нейрохирургии ввиду того доминирующего положения, которое они занимают среди причин летальных исходов при заболеваниях ЛОР-органов.

Цель исследования: изучение эпидемиологии отогенных и риносинусогенных внутричерепных осложнений на территории РФ в современное время.

Материалами для исследования послужили статистические данные Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов РФ, а также сведения, полученные от их главных специалистов-оториноларингологов. Анализ был проведен на территории 32-х субъектов РФ в течение 2009-2014 гг.

Результаты и их обсуждение: В течение 2009-2014 гг. в ЛОР-стационарах 32-х субъектов РФ было пролечено 1298 пациентов с отогенными и риносинусогенными внутричерепными осложнениями, такими как менингит, менингоэнцефалит, эпи- и субдуральный абсцессы, абсцесс большого мозга и мозжечка, синус-тромбоз. Показатель первичной заболеваемости отогенными и риносинусогенными внутричерепными осложнениями в исследуемых регионах колебался значительно: от 0,1 до 1,71 на 100 тыс. населения, в среднем же заболеваемость составила 0,61±0,08 случаев на 100 тыс. населения в год. Смертность населения в результате ото- и риносинусо-

генных ВЧО колебалась значительно от 0 до 0,51; в среднем она составила $0,17 \pm 0,02$ смертельных исходов на 100 тыс. населения в год. Показатели больничной летальности при ото- и риносинусогенных ВЧО на территориях субъектов также очень вариабельны: от отсутствия смертельных исходов – до 65,0%. Всего за исследуемый период летальный исход констатирован в 275 ($21,22 \pm 2,46\%$) случаях – то есть у каждого пятого пролеченного пациента.

Выводы: Впервые проведено отечественное комплексное мультицентровое эпидемиологическое исследование отогенных и риносинусогенных внутричерепных осложнений на территории 32 субъектов Российской Федерации в динамике. Частота отогенных и риносинусогенных внутричерепных осложнений и больничная летальность пациентов оториноларингологического профиля в Российской Федерации сохраняется на высоком уровне и существенно не изменилась с 90-х годов прошлого столетия. Высокий уровень отогенных и риносинусогенных внутричерепных осложнений и больничной летальности пациентов оториноларингологического профиля в Российской Федерации требует совершенствования системы оказания медицинской помощи пациентам с указанной патологией на всех уровнях на основе мультидисциплинарного подхода и применения современных технологий диагностики и лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кривопапов А.А., Янов Ю.К., Щербук А.Ю., Артюшкин С.А., Вахрушев С.Г.

*СПбНИИ уха, горла, носа и речи, СПбГУ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,
Красноярский ГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск*

Отогенные внутричерепные осложнения (ВЧО) до настоящего времени являются одной из актуальных проблем современной оториноларингологии и нейрохирургии.

Цель исследования: выявление клинических особенностей отогенных ВЧО в настоящее время.

Материалы и методы: Исследование выполнено на основе ретроспективного анализа клинических случаев лечения 106 взрослых пациентов с отогенными ВЧО, поступивших на лечение в многопрофильные стационары Красноярского края и Санкт-Петербурга.

Результаты и их обсуждение: С острым гнойным средним отитом поступили 46 (43,4%) пациентов, в том числе гнойный деструктивный мастоидит был диагностирован в 90% случаев. У 60 (56,6%) пациентов течение хронического гнойного среднего отита (эпитимпанита) сопровождалось обширной деструкцией, распространяющейся к твердой мозговой оболочке средней и задней черепных ямок, а также к сигмовидному синусу. В структуре внутричерепной патологии при остром воспалительном процессе среднего уха основным осложнением выступил гнойный менингит – 65,2%. При хроническом гнойном среднем отите преобладали поражения вещества головного мозга с развитием абсцессов – 56,7%, а также синус-тромбоз – 10,0%. Проведено сравнение особенностей клинической картины пациентов с отогенными ВЧО, проживающих в г. Санкт-Петербурге и Красноярском крае. Было выявлено, что в структуре патологии уха у 30 пациентов, проживающих в г. Санкт-Петербурге, преобладал острый средний отит – 73,4%. На территории Красноярского края с плотностью населения 1,21 чел./км², как этиологический фактор ВЧО, у пациентов (76 человек) в большинстве случаев был диагностирован хронический гнойный средний отит – 68,5%. Констатирована высокая больничная летальность у пациентов с отогенными внутричерепными осложнениями – 20,8%. Главные причины летальных исходов при отогенных ВЧО: отек головного мозга с развитием дислокационного синдрома и сепсис.

Выводы: Тяжесть клинической картины при отогенных внутричерепных осложнениях обусловлена как глубоким поражением центральной нервной системы с развитием общемозгового, оболочечного синдромов и очаговой симптоматики, так и развитием синдрома системного воспалительного ответа (сепсиса), который был диагностирован у 33 (31,0%) пациентов. Для снижения высокой больничной летальности при отогенных внутричерепных осложнениях необходим междисциплинарный подход к диагностике, лечению на всех уровнях организации медицинской помощи.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЛАДЕНЧЕСКИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ

Кукота У.А., Фокин В.А., Попов П.А., Понятишин А.Е., Глебовская О.И.

Детская ГБ Святой Ольги, СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Цель исследования: определение структурных изменений головного мозга у детей первых трех лет жизни с возрастзависимыми эпилептическими энцефалопатиями.

Материалы и методы: Было обследовано 32 пациента неврологического стационара в возрасте от 29 дней до 3 лет (средний возраст 1,5 года) с симптоматической эпилепсией, из них 13 девочек и 19 мальчиков. 26

детей поступили с синдромом Веста, 4 ребенка с синдромом Леннокса-Гасто, 2 ребенка с синдромом Отахара. Все пациенты наблюдались по поводу резидуального органического поражения ЦНС, из них 18 – с гипоксически-ишемическими поражениями в перинатальном периоде, 6 – с задержкой психомоторного и/или речевого развития, 5 – с детским церебральным параличом, 2 – с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, 2 – с менингоэнцефалитом. Магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга выполняли на аппарате Siemens Espree (1,5 Тл, Германия) по стандартной и специализированной методикам (получение тонкосрезовых изображений гиппокампов и коры головного мозга, взвешенных по T2, T1 и TIRM с толщиной среза 1 – 2 мм).

Результаты исследования: При проведении специализированных протоколов МРТ у 28 детей выявлены расширения ликворных пространств разной степени выраженности; атрофические изменения у 21 пациента, включающие поражения мозолистого тела – 18 детей; кистозно-глиозные изменения у 14 детей, в том числе мультикистозные энцефаломалиции – 1; туберозный склероз – 3; пороки развития коры (лиссэнцефалия) – 1 пациент; у 1 ребенка была обнаружена задержка миелинизации белого вещества.

Выводы: МРТ является методом выбора в нейровизуализации у детей с возрастзависимыми эпилептическими энцефалопатиями и позволяет детализировать структурные изменения головного мозга. Для выявления структурных изменений головного мозга у детей с симптоматической эпилепсией целесообразна прицельная визуализация тонкими срезами гиппокампов и коры головного мозга.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА МОЗГА (BDNF) В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОНКОЛЕЙКИНОМ

Липатова Л.В., Бутома Б.Г., Серебряная Н.Б., Сивакова Н.А., Капустина Т.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение: Аффективные нарушения депрессивного (Д) и тревожного (Т) спектра – наиболее частые коморбидные эпилепсии непсихотические психические расстройства, в основе развития которых лежат общие нейробиологические механизмы, включая иммунные. Клеточно-опосредованная иммунная активация и процесс воспаления приводят к дисрегуляции нейротрофинов, в частности, нейротрофического фактора мозга (brain-derived neurotrophic factor, BDNF), снижению нейрогенеза гиппокампа и нейродегенерации, с которыми связан эпилептогенез и развитие депрессии. В ряде исследований установлено, что BDNF обладает выраженными нейропротективными свойствами, угнетает клеточный апоптоз, усиливает нейропластичность, стимулируя рост дендритов, формирование синапсов и нейрогенез. Имеются экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что BDNF обладает тимоаналептическим эффектом и уменьшает выраженность поведенческих нарушений наблюдаемых при депрессии у животных.

Цель исследования: оценить влияние препарата Ронколейкин® , содержащего рекомбинантный человеческий интерлейкин IL-2 (rIL-2h), являющегося центральным иммунорегуляторным цитокином, на концентрацию BDNF в плазме крови у больных эпилепсией (БЭ) с аффективными расстройствами (АР).

Материалы и методы: У 60 БЭ с АР исследовалось содержание BDNF в плазме крови до и после лечения препаратом Ронколейкин®, используемого в качестве добавочной терапии к базовому лечению антиэпилептическими препаратами (АЭП). Контрольную группу составили 30 человек БЭ с АР, получавшие только АЭП. Оценивалась динамика ряда клинических (частота, тяжесть припадков), выраженность Д и тревоги Т с помощью шкал Бека и Монтгомери–Асберг, госпитальной шкалы тревоги) и нейрофизиологических (ЭЭГ) параметров у БЭ с АР до и после лечения препаратом rIL-2h, а в контрольной группе – через тот же временной интервал. Статистическая обработка результатов проводилась с применением критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: Исходный уровень концентрации BDNF в плазме крови БЭ с АР был равен 4448 пг/л, после лечения – 7023 пг/л – его содержание в плазме крови после курса терапии увеличилось в 1,6 раз ($p(U) < 0,01$). В группе больных, не получавших Ронколейкин®, концентрация BDNF имела тенденцию к снижению и составила 3369 пг/л. После лечения препаратом Ронколейкин® отмечено достоверное улучшение ряда клинических показателей: у 90,0% – снижение частоты припадков различной степени выраженности (у 63,3% больных отмечена 50% редукция частоты иктальных событий), при этом возросла средняя длительность межприступного периода с $24,7 \pm 2,3$ дней до $94,6 \pm 3,7$ ($p < 0,01$). Отмечена корреляция между увеличением содержания нейротрофического фактора мозга и позитивными изменениями психического статуса БЭ – снижением выраженности депрессивных и тревожных расстройств, и улучшением картины ЭЭГ. В контрольной группе достоверных изменений исследуемых параметров не отмечено.

Выводы: Полученные нами данные о повышении уровня BDNF у БЭ с АР после курса лечения препаратом rIL-2h, коррелирующие с позитивной динамикой клинико-энцефалографических показателей, позволяют рассматривать метод психонейроиммунотерапии как перспективный и безопасный метод, направленный на коррекцию определенных патогенетических механизмов при лечении больных психоневрологического профиля.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ТРАВМ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА ДЛЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

Литвиненко И.В., Емелин А.Ю., Наумов К.М., Дацко А.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Главный центр военно-врачебной экспертизы, Москва

Проблемы травматического поражения головного и спинного мозга, особенно как следствие черепно-мозговых травм (ЧМТ), сохраняют свою актуальность и в начале 21 века. В среднем, по данным отечественных источников, частота черепно-мозговой травмы составляет 3-4 на 100 000 населения. В России ежегодно получают ЧМТ около 600 000 человек, из которых 50 000 погибают, а 50 000 получают стойкую инвалидизацию. Количество лиц, получающих сотрясение головного мозга, достигает в России 350 000 – 400 000 человек ежегодно. Несомненно данные цифры носят условный характер, поскольку большое количество случаев легкой ЧМТ остается незафиксированными.

Особый интерес имеют вопросы легкой черепно-мозговой травмы, что признается во всем мире. Так, по данным базы данных PubMed, за последние пять лет только по зарегистрированным источникам имеется более 17470 ссылок на работы, посвященные различным аспектам легкой черепно-мозговой травмы (mTBI).

Одним из значимых факторов, определяющих актуальность данной проблемы для военной медицины, является то, что большинство лиц, получающих ЧМТ, относится к группе лиц призывного возраста. Так, по данным ГЦ ВВЭ за 2014г. из общего количества освидетельствованных лиц призывного возраста (1277798 чел.) заболевания нервной системы были выявлены у 63571 человек, из них освобождено от прохождения военной службы 26576 чел. (8,32% от числа всех освидетельствованных). Из них наибольшее количество – 19370 чел. было освидетельствовано по 26 статье ПП РФ № 123 из которых 7267 чел. было освобождено от прохождения военной службы (27,3% от всех освобожденных по статьям 21-28 расписания болезней).

В настоящее время продолжают активно разрабатываться вопросы объективизации диагностики легкой ЧМТ, установление причинно-следственной связи между имевшей место легкой черепно-мозговой травмой и развившимся в последующем заболеванием нервной системы. Отдельную проблему представляют собой легкие черепно-мозговые травмы, полученные в результате воздействия ударной взрывной волны, как вследствие особенностей механизма травматического воздействия, так и недостаточной диагностики, поскольку пострадавшие проходят лечение по поводу баротравмы и/или более актуальной сочетанной травмы других органов и систем.

Таким образом, вопросы диагностики, в том числе нарушений когнитивных функций и эмоционально-аффективных расстройств у лиц, перенесших легкую черепно-мозговую травму, уточнения патогенеза развития ранних и поздних осложнений, их лечения, дифференциальной диагностики, в том числе с посттравматическим стрессовым расстройством представляет одну из актуальнейших проблем современной военной медицины.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ХОДЬБЫ ВЫСШЕГО УРОВНЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Литвиненко И.В., Халимов Р.Р., Труфанов А.Г., Юрин А.А., Дынин П.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель: оценить эффективность и продолжительность эффекта повторной транскраниальной магнитной стимуляции (пТМС) при нарушениях ходьбы высшего уровня у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материал и методы: Всего нами было обследовано 15 больных с идиопатической болезнью Паркинсона, выставленной согласно критериям Британского банка мозга. В исследование вошли пациенты с 3 стадией по Хён и Яру, из них 9 пациентов имели акинетико-ригидную форму заболевания, остальные больные смешанную форму БП. Перед началом терапии пТМС оценивались: шкала UPDRS; шкала застывания при ходьбе (FOG), шкала нарушения ходьбы и равновесия (GABS), шкалы оценки когнитивного статуса (MMSE и FAB). С терапевтической целью нами был использован следующий протокол пТМС: частота магнитных импульсов в серии составляла 3 Гц, интенсивность – 110% от порога моторного ответа, длительность трейна – 5 с, пауза между сериями – 4 с, длительность сеанса – 9 минут. Использовался кольцевой индуктор, который размещался над зоной проекции префронтальной области коры. Курс пТМС составил 10 сеансов. Клинический эффект стимуляции оценивали после окончания курса пТМС, а также через 2 недели и 1 месяц после лечения.

Результаты: пТМС оказала положительный эффект на общую функциональную активность больных, выраженность нарушений ходьбы и когнитивного дефицита по сравнению с исходными данными в 100% наблюдений. Достоверные изменения наблюдали к концу исследования по данным практически всех разделов комплексного тестирования. Суммарный балл по шкале FOG снизился с 14,6±3,6 до 9,7±3,1, по шкале GABS – с 41,3±11,6 до 25,9±11,9. Клинически это проявлялось в виде уменьшения частоты и длительности застываний, уменьшения времени прохождения расстояния в 5 м. Результаты нейропсихологического тестирования показали улучшение к концу курса пТМС по шкале MMSE с 27,2±2,0 до 27,7±2,1 за счет улучшения внимания, показателей краткосроч-

ной и долгосрочной памяти, по шкале FAB – с $12,5 \pm 3,8$ до $14,8 \pm 2,9$ за счет уменьшения хватательных феноменов, улучшения способности к обобщению, улучшения динамического праксиса. Что особенно важно, достигнутый положительный эффект сохранялся у пациентов с БП через 1 месяц после прекращения лечения с использованием пТМС.

Обсуждение: На основании полученных данных можно говорить о положительных клинических результатах, что позволяет ожидать значительные результаты при проведении контролируемых исследований. Требуется дальнейшей доработки и обоснования протокол проведения пТМС префронтальной дорсолатеральной коры при нарушениях ходьбы на поздних стадиях болезни Паркинсона. Мы полагаем, что наличие объективных клинических шкал позволяют судить о перспективности предлагаемого подхода к терапии нарушений ходьбы высшего уровня не только при болезни Паркинсона, но также и у пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией и посттравматической энцефалопатией.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Литвиненко И.В., Одинак М.М., Емелин А.Ю., Труфанов А.Г., Воробьев С.В., Юрин А.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель: оценить уровень дисфункции холинэргической нейромедиаторной системы при посттравматических когнитивных нарушениях с помощью транскраниальной магнитной стимуляции методом измерения SAI.

Материал и методы: Нами был обследован 21 пациент с когнитивными нарушениями в периоде последствий черепно-мозговой травмы. Средний возраст составлял 35 ± 14 лет. Всем пациентам выполнялся клинический и неврологический осмотр, краткая шкала оценки психического статуса, методика «батарея исследования лобной дисфункции», методика рисования часов, символно-цифровая проба, методика «10 и 5 слов», методика таблиц Шульте. Для исключения эмоциональных и поведенческих нарушений, способных приводить к развитию когнитивной дисфункции, были использованы 2 рейтинговых субшкалы Гамильтона, направленные на выявление депрессии и тревоги. Всем пациентам выполнялась транскраниальная магнитная стимуляция с оценкой коротколатентного афферентного торможения. Для ее измерения оценивалось отношение амплитуды моторного ответа, вызванного стимуляцией одинарным магнитным импульсом интенсивностью 110% порога моторного ответа и амплитуды моторного ответа, вызванного стимуляцией магнитным импульсом той же интенсивности, которому предшествует (за 21 мс) электрическая стимуляция срединного нерва предплечья.

Результаты: Проведенное обследование выявило сильную корреляцию показателя коротколатентного афферентного торможения и результатов нейропсихологического тестирования. Так, в группе контроля уровень коротколатентного афферентного торможения составлял $35 \pm 18\%$. В группе пациентов с умеренными когнитивными нарушениями уровень коротколатентного афферентного торможения составлял $73 \pm 7,6\%$, а в группе пациентов с деменцией – $95 \pm 3,4\%$. Причем уровень коротколатентного афферентного торможения сильнее коррелировал с оценкой по шкалам FAB ($r=0,78$) и символно-цифровой пробе ($r=0,83$), отражающим исполнительные функции, чем с оценкой по шкалам, направленным на оценку памяти, внимания и зрительно-пространственного восприятия.

Обсуждение: Нами получены данные о значимом вкладе дисфункции холинэргической нейромедиаторной системы в формирование когнитивного дефицита при посттравматической энцефалопатии. В исследованиях зарубежных коллег показана ценность исследования коротколатентного афферентного торможения как предиктора эффективности антихолинэстеразных препаратов. Выявление закономерностей изменения возбудимости по данным транскраниальной магнитной стимуляции позволяет получить данные о патогенезе формирования когнитивных и двигательных нарушений при черепно-мозговой травме, повысить эффективность их диагностики и лечения, прогнозировать целесообразность терапии препаратами различных фармакологических групп.

ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МР-СПЕКТРОСКОПИИ В НОРМЕ

Литвиненко И.В., Прокудин М.Ю., Железняк И.С., Мартынов Б.В.,
Окользин А.В., Воробьев С.В., Лобзин В.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Возможность количественной оценки процентного содержания отдельных молекул дает важную биологическую информацию, которая может быть использована как в клинической практике (Окользин А.В., 2007), так и при изучении патогенеза заболеваний центральной нервной системы (Воробьев С.В., 2015). Магнитно-

резонансная спектроскопия (МРС) является одним из крайне немногочисленных неинвазивных методов прижизненного исследования химических процессов, протекающих в органах и тканях человека (Семенова Н.А. с соавт., 2014). Показатели нормы, представленные в различных работах, отличны между собой, что связано с отсутствием стандартизированной методики МРС, различными результатами исследований в зависимости от времени, различной мощностью индукцией поля, отличными возрастными группами.

Цель исследования: изучить концентрацию основных метаболитов в центральной нервной системе в зависимости от локализации исследуемого объема в головном мозге у здоровых людей разных возрастных групп.

Материалы и методы: В исследование вошли 19 здоровых лиц в возрасте $36,2 \pm 17,65$ лет ($M \pm m$). Пациенты были разделены на две возрастные группы: первая группа – в возрасте от 20 до 45 лет ($n=15$), вторая группа – от 46 до 75 лет ($n=4$). Всем пациентам выполнена многовоксельная МР-спектроскопия с исследованием уровня N-ацетиласпарата (NAA), холина (Cho), фосфокреатина и креатина (Cr), глутамата и глутамина (Glx). Содержание основных метаболитов изучали в белом веществе лобных, височных, теменных долях головного мозга.

Результаты и их обсуждение: Анализ полученных результатов показал, что уровень N-ацетиласпартата в лобных долях ($7,12 \pm 0,82$ ммоль/л) умеренно превышал его содержание в сравнении с задними отделами головного мозга ($5,88 \pm 1,09$). Это хорошо согласуется с результатами других исследований (Frahm J., 1996) и свидетельствует о более высокой нейрональной и аксональной плотности во фронтальных отделах головного мозга. Наличие большого количества комиссуральных волокон, тесные связи лобных долей между собой, а также с другими долями головного мозга (Карлов В.А., 2010) создают предрасположенность к развитию эпилептогенеза. При этом хорошо известно, что лобная эпилепсия занимает второе место по частоте возникновения среди фокальных форм. С увеличением возраста наблюдается тенденция к снижению уровня NAA (с $7,21 \pm 0,85$ до $6,75 \pm 0,69$ в первой и второй возрастных группах соответственно) и возрастанию холина (с $3,18 \pm 0,47$ до $3,36 \pm 1,25$). Это косвенным образом отражает снижение функциональной активности нейронов, протекающие инволюционные процессы, создает предрасположенность к развитию нейродегенеративных заболеваний и эпилептогенезу. При этом второй пик заболеваемости эпилепсией приходится на возраст старше 60 лет. Статистически значимой разницы между основными метаболитами относительно правого и левого полушарий выявлено не было.

Выводы: Таким образом, основные метаболиты в головном мозге в норме имеют умеренную вариабельность в зависимости от локализации, а клиническая оценка полученных результатов должна проводиться с учетом возраста.

СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА И ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Литвиненко И.В., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю., Литвинцев Б.С.,
Воробьев С.В., Прокудин М.Ю., Дынин П.С., Юрин А.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Частота когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте неуклонно повышается и по данным различных авторов составляет около 44% для лиц старше 65 лет и около 67% для лиц старше 75 лет. Частота деменции увеличивается с возрастом и после 75 лет составляет 8,5%, а после 85 лет – 24%. У 90-летних пациентов выраженные когнитивные расстройства наблюдаются более чем в 34% наблюдений. В Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова проведено обследование пациентов – жителей блокадного Ленинграда и ветеранов Великой Отечественной Войны, приуроченное к 70-летию Великой Победы. На амбулаторный приём имели возможность прибыть лица с наличием жалоб на снижение памяти или других когнитивных функций.

Материалы и методы: Всего обследованы 62 человека в возрасте от 75 до 100 лет (средний возраст $84,5 \pm 6,2$ года), из них 27 мужчин и 35 женщин. Все пациенты предъявляли жалобы на снижение памяти. При объективном неврологическом обследовании у 62,9% пациентов выявлена рассеянная неврологическая симптоматика, у 22,6% симптоматика формировала неврологические синдромы. Исследование когнитивных функций всем лицам проведено с применением комплексных оценочных шкал: краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и теста рисования часов (ТРЧ).

Результаты и их обсуждение: У 38,7% обследованных не было выявлено нарушений интеллектуально-мнестических функций, у 17,8% больных диагностирована деменция; 43,5% больных были отнесены к пациентам, имеющим умеренные когнитивные нарушения. Средний балл по шкале MMSE у обследованных лиц составил $23,7 \pm 6,6$ баллов, по тесту рисования часов – $8,2 \pm 1,6$ баллов. Выборочно проводились методики: Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест 5 слов, батарея тестов для оценки лобной дисфункции целью дифференциации генеза заболевания при наличии умеренных когнитивных нарушений или деменции. Среди пациентов с верифицированной деменцией у 7 больных выявлена болезнь Альцгеймера, у 3 – сосудистая деменция, у 1 – фронто-темпоральная деменция. Все пациенты с выявленными когнитивными нарушениями взяты под динамическое наблюдение с назначением терапии.

Выводы: Таким образом, по результатам проведенного обследования можно утверждать, что жители блокадного Ленинграда и ветераны Великой Отечественной Войны реже страдают нарушениями когнитивных функций, в том числе достигающими степени деменции, по сравнению с общепопуляционными данными.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Литвиненко И.В., Дынин П.С., Мальцев Д.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: Исследование частоты встречаемости зрительно-пространственных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона.

Материалы и методы: Для установки частоты встречаемости зрительно-пространственных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона нами было обследовано 62 пациента с установленным диагнозом болезнь Паркинсона. Средний возраст составил $65,26 \pm 5,23$ лет. Стадия заболевания у пациентов составляла от 2,0 до 3,0 по Хен и Яру. Проводились следующие обследования: унифицированная шкала оценки болезни Паркинсона, клинико-нейропсихологическое тестирование, включавшее в себя тест Поппельрейтера, тест Равена, пробу Руппа, визуальное исследование органа зрения, исследование сетчатки методом оптической когерентной томографии с целью оценки её толщины и исключения сопутствующих офтальмологических заболеваний, ведущих к формированию зрительно-пространственных нарушений. Критериями исключения из группы исследования являлось наличие офтальмологических заболеваний, за исключением начальной возрастной катаракты, черепно-мозговых травм, острогического нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Результаты и обсуждение: Зрительно-пространственные нарушения были выявлены у 47 пациентов из обследованной группы, что составило 75,81%. Наиболее частыми из выявляемых симптомов были зрительные иллюзии, установленные у 17 пациентов (36,17%). Сложные предметные зрительные галлюцинации были выявлены у 11 пациентов (18,03%). Простые зрительные галлюцинации, ощущение постороннего, мелькание «мушек» были выявлены у 9 (14,75%) пациентов. При этом у пациентов с наличием начальной возрастной катаракты зрительные нарушения выявлялись чаще, чем у группы без её наличия.

Выводы: Таким образом, зрительно-пространственные нарушения занимают важное место в ряду немоторных проявлений болезни Паркинсона. Наиболее частым из встречающихся нарушений являются галлюцинации, выявляемые у большинства пациентов. Также следует обращать внимание на наличие у пациентов с болезнью Паркинсона сопутствующей зрительной патологии, которая может приводить к формированию зрительно-пространственных нарушений. В связи с этим перспективным видится исследование взаимосвязи терапевтического и хирургического лечения офтальмологических заболеваний у пациентов с болезнью Паркинсона, имеющих зрительно-пространственные нарушения, и динамики данной симптоматики при успешно проводимом лечении патологии органа зрения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Литвиненко И.В., Дынин П.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: Выявить взаимосвязь нарушений зрительно-пространственного восприятия и когнитивных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона (БП).

Материалы и методы: Нами были отобраны 30 пациентов с БП, из которых 12 пациентов составила группа с когнитивными нарушениями (БПКН), и 10 человек контрольной группы. Пациенты с БП соответствовали следующим критериям отбора: стадия по Хен и Яру 2,0-3,0; возраст от 62 до 78 лет ($66,26 \pm 3,84$ лет); отсутствие значимой офтальмологической патологии (все пациенты были осмотрены офтальмологом, допускалось наличие начальной возрастной катаракты). Для определения возможного когнитивного дефицита использовались шкалы MMSE, FAB, тест рисования часов. Для определения возможных зрительно-пространственных нарушений использовался ряд тестов на зрительно-пространственное восприятие: тест установки стрелок на часах по образцу тест фигур Поппельрейтера, тест узнавания римских цифр, проба Руппа.

Результаты и обсуждение: Из группы БПКН у 8 пациентов было выявлено наличие когнитивного дефицита выражавшегося в сниженных показателях MMSE ($24,25 \pm 1,32$ баллов), у 4-х пациентов отмечалось снижение FAB ($14,75 \pm 0,82$ баллов). У 6 пациентов получен низкий балл при тесте рисования часов ($5,5 \pm 1,41$ баллов). У остальных 22 пациентов с БП и 10 человек контрольной группы тестирование не выявило когнитивных отклонений.

В группе БПКН наибольшее затруднение при выполнении вызвали тест фигур Поппельрейтера и тест установки стрелок на часах по образцу. Узнавание предметов в группе БПКН составило $46,84\% \pm 8,51$ от общего количества фигур. Результат теста установки стрелок на часах по образцу (оцениваемый аналогично с тестом рисования часов) составил $27,65 \pm 1,52$ баллов. Проба Руппа была положительной у 6 пациентов с БПКН.

Выводы: Пациенты с болезнью Паркинсона с наличием когнитивных нарушений показывают значимо худшие показатели при исследовании зрительно-пространственного восприятия. Однако необходимо дифференцировать зрительно-пространственные нарушения, связанные с когнитивным дефицитом, от изменения зрительно-пространственного восприятия, связанного с дегенерацией дофаминергических нейронов сетчатки глаза.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ

Литвинцев Б.С., Ефимцев А.Ю., Омельченко А.В., Петряев А.С., Шерматюк Е.И.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В последние годы во всех развитых странах значительно выросла популярность фитнеса, культуризма и силовых видов спорта, при которых объем и интенсивность тренировочных и соревновательных нагрузок вплотную подошли к пределу физиологических возможностей организма. Пищевая неполноценность многих продуктов питания спортсменов, необходимость проведения ускоренных восстановительных мероприятий, приспособление организма к тяжелым физическим и психоэмоциональным нагрузкам, переездам в иные климатические условия и часовые пояса, диктует необходимость применения дополнительных средств. Свободная продажа большинством анаболических стероидов запрещена, что провоцирует «подпольное» изготовление их аналогов с последующим применением без назначения и наблюдения врача. Кроме того, лица, занимающиеся вышеперечисленными видами спорта на любительском уровне, нередко прибегают к бесконтрольному приему гормональных препаратов, в том числе анаболических стероидов. Употребление подобных средств способно привести к различным осложнениям, ведущими из которых являются эндокринопатии. Однако о неврологических расстройствах, возникающих на фоне употребления анаболических стероидов, известно крайне мало.

Цель исследования: Определить предикторы развития неврологических расстройств у лиц молодого возраста, занимающихся силовыми видами спорта и употребляющих анаболические стероиды.

Материалы и методы: Обследованы 15 лиц молодого возраста с установленным психиатром диагнозом F55.5 (злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость). Средний возраст обследованных составил $22,3 \pm 2,2$ года. Выполнены подробный опрос сведений о принимаемых стероидах, стандартный неврологический осмотр и традиционная магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Результаты и их обсуждение: Зависимость, вызванную употреблением анаболических стероидов, все пациенты отрицали, при этом об опасности и возможных последствиях их длительного приема были хорошо информированы. Кроме того, при визуальном осмотре и пальпации у 7 из 15 человек ($46,7\%$) наблюдалась гинекомастия, при этом курс приема гормональных препаратов все наблюдаемые прерывать не хотели. Следовательно, мотивация к употреблению анаболических стероидов у спортсменов высокая, граничащая по интенсивности с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ. Неврологическая симптоматика, свидетельствующая о патологии нервной системы, была выявлена у 10 пациентов ($66,7\%$). Были обнаружены симптом Хвостека ($66,7\%$; $n=10$), симптом Маринеску-Радовичи ($33,3\%$; $n=5$), патологических кистевых рефлексов ($33,3\%$; $n=5$), повышение общего рефлекторного фона с расширением рефлексогенных зон ($40,0\%$; $n=6$), выраженный дистальный гипергидроз ($53,3\%$; $n=8$), измененный дермографизм ($53,3\%$; $n=8$). Указанные симптомы входят в структуру вегетативно-сосудистой дистонии и целого ряда невротоподобных состояний, являющихся предвестниками развития более грубой неврологической патологии. По результатам МРТ головного мозга у 4 из 15 исследуемых обнаружены клинически незначимые кистообразные образования в структурах головного мозга, не сопровождающиеся клинической симптоматикой.

Выводы: Таким образом, употребление анаболических стероидов является вариантом химической аддикции, ведущими неврологическими проявлениями которой являются невротоподобные состояния и вегетативно-сосудистая дистония.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАННАБИНОИДОВ И НЕИНЪЕКЦИОННЫХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Литвинцев Б.С., Ефимцев А.Ю., Шерматюк Е.И., Харин А.Д.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Масштабы распространения наркомании среди лиц молодого возраста угрожают физическому и моральному здоровью населения большинства развитых стран и влекут за собой самые неблагоприятные медико-социальные и экономические последствия. Широко известно, что употребление любых наркотиков способствует развитию острой сосудистой патологии головного и спинного мозга, экстрапирамидных нарушений, эпилепсии, когнитивных расстройств, токсической энцефалопатии и невропатии. Однако употребление «легких» наркотиков (амфетаминов, марихуаны, «спайсов» и пр.) продолжает оставаться «модной» тенденцией среди значительного числа молодежи.

Цель исследования: Определить частоту встречаемости неврологических нарушений у потребителей каннабиноидов и неинъекционных психостимуляторов.

Материалы и методы исследования: Обследованы 17 пациентов (средний возраст – 27,2±5,7 лет) с подтвержденным диагнозом зависимости, вызванной употреблением каннабиноидов и психостимуляторов и со сроком ремиссии не менее 4 недель. Всем больным были выполнены стандартный неврологический осмотр и традиционная магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Результаты и их обсуждение: Признаки невротоподобных состояний отмечались у всех (100%) обследованных потребителей ПАВ. Жалобы на ухудшение памяти и внимания для указанной категории больных были не характерны (29,4%). С более чем 50-процентной частотой встречаемости наблюдались признаки двусторонней пирамидной симптоматики (патологические кистевые рефлексы – 70,6%) и признаки поражения мозжечка (интенционный тремор – 64,7%, покачивание в позе Ромберга – 52,9%). Аксиальные рефлексы (20,5%), как правило, сочетались с другими патологическими симптомами, указывая на разнородную патологию центральной нервной системы. Особенностью поражения периферической нервной системы у потребителей неинъекционных наркотиков явилось отсутствие периферических парезов. При проведении МРТ головного мозга в двух случаях были выявлены изменения: у пациентки Ш. (21 год) были обнаружены отложения марганца в бледных шарах, а у пациента И. (31 год), наблюдали очаг глиоза, прилегающий к переднему рогу левого бокового желудочка. У пациентки Ш. неврологические расстройства были представлены комплексом экстрапирамидных нарушений (мышечная дистония), сочетающимся с двусторонней пирамидно-мозжечковой симптоматикой. Причиной мышечной дистонии, наблюдавшейся у пациентки Ш., безусловно, являлись выявленные отложения марганца в бледных шарах. У пациента И. неврологические расстройства были представлены эмоциональной лабильностью, астено-депрессивным фоном настроения с ипохондрическими и сенестопатическими жалобами, входящими в структуру невротоподобных состояний. Выявленный при проведении МРТ головного мозга очаг глиоза не сопровождался соответствующими его анатомическому расположению клинико-неврологическими нарушениями.

Выводы: Зависимость, вызванная употреблением неинъекционных наркотиков, повышает риск развития неврологической патологии, предвестниками которой являются признаки поражения центральной нервной системы, выявляемые при стандартном неврологическом осмотре и подтверждаемые дополнительными методами диагностики, наиболее информативным из которых является магнитно-резонансная томография головного мозга.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕМЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Лобзин В.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель: На основании комплексной оценки изученных факторов риска рассчитать риск развития деменции у больных с умеренными когнитивными расстройствами.

Материалы и методы: Были проанализированы результаты обследования 125 больных с различными по своей модальности умеренными когнитивными нарушениями и легкой деменцией для определения возможных факторов риска прогрессирования заболевания. С помощью математико-статистических методов производился расчет отношений шансов/рисков трансформации умеренных когнитивных нарушений (УКН) в легкую деменцию.

Результаты и их обсуждение: Установлен набор показателей, которые не только достоверно различны в группах УКН и деменции, но и могли бы интерпретироваться как факторы риска развития деменции. При анализе качественных показателей удалось установить, что сама по себе артериальная гипертензия как важнейший сосудистый фактор риска не оказывала достоверного влияния на развитие деменции у лиц с УКН (ОШ=1,56; 95% ДИ 0,94-2,59; p=0,09), тем не менее, в таком случае прослеживалась тенденция к усугублению тяжести мнестических

расстройств. Напротив, другой, традиционно считающийся значимым фактор риска цереброваскулярной патологии – атеросклероз, существенно повышал риск трансформации УКН в деменцию (ОШ=3,83; 95% ДИ 2,44-6,02; $p < 0,001$). При этом наличие атеросклероза по-разному влияло на риск деменции в зависимости от пола. У женщин риск развития деменции был выше (ОШ=2,49; 95% ДИ 1,02-6,07), чем у мужчин (ОШ=2,07; 95% ДИ 1,11-3,88). Были отобраны наиболее значимые факторы, которые вошли в прогностическую модель: уровни А β -42 и тау-протеина в ликворе, гомоцистеина в крови и длительность болезни. Прогностическая модель подразумевала вычисление суммарного балла риска (СБР) развития деменции с учетом наличия определенного признака по порогу данного признака. Таким образом, для определенных значений количественных факторов риска был вычислен индивидуальный балл риска. Для уровня А β -42 амилоидного белка в ЦСЖ в диапазоне 146-420 пг/мл балл риска составил 1, а при значениях ниже 146 пг/мл такие пациенты имели 2 балла. Обратная зависимость была установлена для уровней тау-белка в ликворе: больные со значением исследуемого показателя 100-500 пг/мл имели 1 балл, а при значениях выше 500 пг/мл – 2 балла. Превышение уровня гомоцистеина в крови выше 14,5 мкмоль/л соответствовало 1 баллу, длительность когнитивных нарушений больше 3,5 лет до момента постановки диагноза вносила 1 балл в структуру СБР. СБР мог быть рассчитан как сумма соответствующих значений выделенных показателей у конкретных пациентов, а его максимальное значение составило 6. Значения СБР определяли прогноз развития деменции. В частности, при значениях СБР 1-2 балла риск перехода УКН в деменцию повышался на 12,5%, в то время как, значение СБР в 3 балла повышало риск деменции на 60%, а суммарно 4-6 баллов определяли 100% переход в деменцию. Соответственно на основании расчета СБР можно определить предполагаемый исход болезни: 0 баллов – благоприятный, 1-2 балла – относительно благоприятный, 3 балла – относительно неблагоприятный, от 4 до 6 баллов – неблагоприятный.

Выводы: Таким образом, комплексная модель суммарного риска показывает, что при ранней диагностике нарушений когнитивных функций важнейшая роль должна отводиться методам лабораторной диагностики. Гипергомоцистеинемия, снижение уровня А β -42 и повышение уровня тау-протеина в цереброспинальной жидкости являются важными прогностическими показателями, определяющими значительно более высокий риск развития деменции у лиц с умеренными интеллектуально-мнестическими нарушениями.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТА НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Лобзин В.Ю.

ВмедА им. С.М Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Оценка содержания белков-маркеров амилоидоза и нейродегенерации в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) – один из наиболее информативных методов прижизненной диагностики болезни Альцгеймера (БА), в том числе и на ее продромальной стадии. Однако существуют данные о том, что и на развернутых стадиях сосудистой деменции (СоД) и смешанной деменции (СмД) также выявляются изменения в ЦСЖ, что может отражать соответствующие патогенетические особенности этих нозологических форм.

Цель исследования: Оценить результаты исследования А β -амилоидного (А β -42) и тау-белка в ликворе, а также на основании расчета их соотношения определить прогностическую значимость коэффициента нейродегенерации (КНд) в дифференциации различных форм когнитивных расстройств.

Материалы и методы: Обследованы 160 пациентов с БА, СоД, СмД, умеренными когнитивными нарушениями амнестического (УКНа) и нейродинамического типа (УКНд) и 20 больных без когнитивных расстройств. Изучено содержание А β -42 и тау-белка и их соотношения (тау/А β -42) в ЦСЖ при помощи твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение: Соотношение тау/А β -42 отражало активность нейродегенеративного процесса и обозначалось как КНд. Для обследованных контрольной группы и для больных с УКНд значение коэффициента было низким и колебалось в пределах 0,1-0,3. У больных с амнестическим вариантом УКН и с БА наблюдалось повышение КНд до 0,8-3,7 соответственно. Такие изменения свидетельствовали об активной агрегации амилоидного белка и его фрагментов в головном мозге в виде амилоидных бляшек и разрушении внутренней мембраны нейронов с их распадом вследствие гиперфосфорилирования микротрубочек цитоскелета. Значения КНд при СоД также были увеличенными и отражали возможный вклад нейродегенерации в прогрессирование когнитивных нарушений при цереброваскулярной болезни. Наиболее значимой находкой, на наш взгляд, оказалось выраженное повышение КНд при СмД до 7,1, что может объясняться возможной потенциацией амилоидогенеза и нейрональной деструкцией за счет церебральной ишемии. Таким образом, КНд является важнейшим показателем для ранней диагностики нарушений когнитивных функций, их прогрессирования и трансформации в деменцию, а также для оценки риска развития СмД у пациентов с БА и с СоД. Уровень общего тау-протеина по данным нашего исследования достоверно отражает тяжесть заболевания и находится в прямой зависимости с выраженностью нарушений высших мозговых функций. Значения тау-белка в ликворе сильно коррелировали с большинством комплексных оценочных шкал для верификации интеллектуально-мнестических расстройств и деменции (CDR,

MMSE, шкалой деменции Маттиса). Математическое сопоставление и расчет рисков трансформации когнитивных нарушений позволил выявить наиболее характерные значения коэффициента для различных нозологических форм деменции. Для СоД характерны значения $КНд < 1$, для БА – от 1 до 3, в то время как при значении $КНд > 3$ можно предполагать развитие СмД.

Выводы: Оценку соотношения возможно проводить для определения степени риска развития когнитивных нарушений, их прогрессирования и перехода из УКН в деменцию, а также при расчете риска конверсии БА и СоД в смешанную деменцию.

ВЕРИФИКАЦИЯ ОТЛОЖЕНИЙ АМИЛОИДНОГО БЕЛКА В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ (ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Лобзин В.Ю., Карев В.Е., Емелин А.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Одной из основных гипотез в развитии болезни Альцгеймера (БА) является гипотеза амилоидогенеза и тау-патии, основанная на интрацеребральном отложении агрегированных фрагментов амилоидного белка. Фибриллярный амилоид откладывается в стенках церебральных сосудов и в паренхиме головного мозга с формированием так называемых «сенильных бляшек».

Цель исследования: Количественное и качественное определение отложений амилоидного белка в ткани головного мозга у пациентов с прижизненным диагнозом «болезнь Альцгеймера» и «сосудистая деменция» (СоД).

Материалы и методы: Проведено исследование головного мозга 12 умерших с деменцией при цереброваскулярной болезни и БА. Использовались мышинные моноклональные антитела к β -амилоиду (в разведении 1/100, Thermo, США) и к А-амилоиду (в разведении 1/100, Thermo, США), а также полимерная иммуногистохимическая система визуализации Lab Vision Quanto DAB (Thermo, США) и аппарат для автоматического иммуногистохимического окрашивания Autostainer A360 (Thermo, США). С целью математической оценки выраженности церебрального амилоидоза производился подсчет частоты встречаемости выявленных изменений в 11 полях зрения, что по площади соответствовало 1 мм².

Результаты и их обсуждение: Отложения амилоидного белка как при БА, так и при СоД найдены вне- и внутриклеточно в некоторых крупных нейронах лобной и височной коры головного мозга и представлены не только сформированными амилоидными бляшками, но и небольшими диффузными (префибриллярными) амилоидными нитями. Среднее значение содержания амилоидных бляшек колебалось: при БА в 1 мм² обнаруживали $8,0 \pm 1,36$ бляшек, в то время как при СоД – $1,5 \pm 0,63$. Интенсивность накопления А β -амилоида при БА была выше, но его обнаружение при СоД могло свидетельствовать в пользу смешанной природы заболевания. Во всех отделах коры концентрация амилоидных бляшек была ниже ($3,8 \pm 0,99$ в 1 мм²), чем в зоне гиппокампа ($7,0 \pm 1,91$ в 1 мм²). Медиобазальные отделы височных долей, играя ведущую роль в механизмах консолидации информации, в большей степени страдают при деменциях, что связано, в основном, с интенсивным накоплением агрегированного амилоида в этих структурах. Кроме того, именно в проекции гиппокампа чаще встречались префибриллярные отложения амилоида, что, возможно, подтверждает их особую высокую токсичность. Вместе с тем, накопление этого белка в артериях микроциркуляторного русла наблюдалось также и при БА, причем более интенсивно. Отложения β -амилоида как в нейронах, так и в глии, и в сосудах различного калибра отмечены у всех умерших, как с БА, так и с прижизненным диагнозом «сосудистая деменция», кроме одного умершего в возрасте 55 лет с диагностированной СоД.

Выводы: Отложения А β -амилоидного белка как в ткани головного мозга, так и в церебральных сосудах отмечалось у абсолютного большинства умерших с сосудистой деменцией и болезнью Альцгеймера и характеризовало сочетанное сосудисто-нейродегенеративное повреждение.

ПЕРСПЕКТИВЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Лобзин В.Ю., Колмакова К.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Актуальность диагностики болезни Альцгеймера (БА) до появления характерных симптомов обусловлена необходимостью раннего начала профилактики и лечения заболевания с целью улучшения прогноза и качества жизни пациентов. Генетическая предрасположенность является установленным фактором риска развития БА. В настоящее время основными верифицированными генами, мутации которых вызывают БА, являются:

ген АПОЕ (аполипопротеин E), APP, PSEN1, PSEN2. Важнейшую роль в развитии БА играет мутация гена, кодирующего АПОЕ, Существует несколько аллелей гена ($\epsilon 2$, $\epsilon 3$, $\epsilon 4$). В 2009 г. A.D. Roses описал участок некодируемой ДНК с геном ТОММ40, расположенный на 19 хромосоме рядом с локусом гена АПОЕ. Этот участок ДНК (ДНК-523) варьирует по длине и, в зависимости от этого, может определять уровень экспрессии генов АПОЕ и ТОММ40. Белок, кодируемый геном ТОММ40-Томм40, необходим для нормального функционирования митохондрий. Участок ДНК-523 можно использовать для разработки новых направлений терапии и как более точный предиктор диагностики заболевания. Помимо этого, в лаборатории A.D. Roses открыли, что АПОЕ3, являющийся наиболее частой изоформой гена АПОЕ, обычно наследуется вместе или с коротким, или с очень длинным участком ДНК-523. Таким образом, у носителей двух аллелей АПОЕ3 возраст наступления заболевания будет зависеть от конкретного варианта участка ДНК-523, наследуемого вместе с АПОЕ.

Цель исследования: Оценить связь носительства аллеля $\epsilon 4$ гена АПОЕ с состоянием когнитивных функций, у больных с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы: Всего обследованы 116 пациентов в возрасте 50-86 лет (средний возраст – $69,2 \pm 8,3$ лет) с когнитивными нарушениями различной выраженности при БА. Всем больным выполнен анализ полиморфизма гена аполипопротеина E с выделением ДНК и проведением полимеразной цепной реакции фрагмента гена. Также выполнялось нейропсихологическое исследование, направленное на комплексную оценку всех когнитивных функций. Применялись методики FCSRT, MMSE, FAB, тест рисования часов.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного ДНК-исследования удалось установить 52 носителя как минимум одного аллеля $\epsilon 4$, из которых 16 имели генотип E4/E4. По данным проведенного комплексного нейропсихологического исследования было объективизировано состояние когнитивных функций в зависимости от наличия генотипа АПОЕ. Пациенты-носители АПОЕ4 имели более выраженные когнитивные нарушения различной модальности. Для таких больных при БА было в большей степени характерно ухудшение по шкалам: MMSE (БА без АПОЕ – $18,8 \pm 5,3$ баллов; БА с АПОЕ – $16,6 \pm 5,7$ баллов) и FCSRT (БА без АПОЕ – $20,7 \pm 10,5$ баллов; БА с АПОЕ – $13,0 \pm 6,5$ баллов), что характеризовало, в первую очередь, мнестический дефицит.

Выводы: Таким образом, установлено, что носительство патологической изоформы АПОЕ4 оказывает влияние на тяжесть когнитивных нарушений и является предиктором более быстрого прогрессирования болезни. Учитывая новые данные можно полагать, что генотипирование по обоим генам (АПОЕ и ТОММ40) позволит повысить эффективность доклинической диагностики БА до 70-80%, что сопоставимо с применением методов функциональной нейровизуализации амилоида и анализа спинномозговой жидкости на биомаркеры.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АТРОФИИ ГИППОКАМПА КАК БИОМАРКЕР БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Лобзин В.Ю., Колмакова К.А.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Медиобазальные отделы височных долей являются одной из основных церебральных структур, ответственных за консолидацию информации, и, соответственно, наиболее рано подвергаются дегенеративным изменениям на продромальной стадии болезни Альцгеймера (БА), а также лиц с умеренными когнитивными нарушениями. Вовлечение в патологический процесс структур гиппокампа подтверждается многочисленными исследованиями с использованием нейровизуализационных методик, в которых показана значительная выраженность атрофии гиппокампа у больных с БА по сравнению с контрольной группой. Темпы изменения структур гиппокампа тесно коррелируют с изменениями в когнитивной сфере, подтверждая его значимость как маркера прогрессирования заболевания. По данным Giovanni B., Frisoni A. (2010) при легкой степени болезни Альцгеймера (балл MMSE > 20), темп атрофических изменений гиппокампа составляет от 3 до 6% в год, а при нормальном старении – 0,3-2,2% в год. Скорость атрофии коррелирует с концентрацией тау-белка в цереброспинальной жидкости, по данным некоторых авторов, являясь ценным показателем прогрессирования заболевания (Hampel H., 2005).

Цель исследования: оценить объемные показатели гиппокампа с применением методики магнитно-резонансной морфометрии у пациентов с БА.

Материалы и методы: Всего обследованы 56 больных, из которых 39 человек составили группу, имеющих клинический диагноз умеренных когнитивных нарушений амнестического типа (УКНа) и БА, 17 человек – контрольную группу без когнитивных нарушений. Все пациенты были подвержены нейропсихологическому тестированию с помощью оценочных шкал: FAB, MoCA-тест, MMSE. С целью оценки размеров гиппокампа использовалась магнитно-резонансная морфометрия.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного исследования установлено уменьшение объемных показателей гиппокампа у пациентов с легкой БА и УКНа объем гиппокампа в контрольной группе составил $3,9 \pm 0,1$ см³, у пациентов с БА – $3,6 \pm 0,5$ см³ ($p < 0,01$). По результатам нейропсихологического тестирования в контрольной группе: MMSE – $27,0 \pm 1,1$ баллов, MoCA-тест – $26,6 \pm 2,1$ баллов, FAB – $17,0 \pm 0,8$ баллов. В группе пациентов с БА: MMSE – $20,0 \pm 0,8$ баллов, MoCA-тест – $17,0 \pm 2,8$ баллов, FAB – $17,0 \pm 1,4$ баллов. На основании полученных

данных магнитно-резонансной морфометрии можно утверждать о достоверном снижении объемных показателей гиппокампа у больных с болезнью Альцгеймера. Также было установлено, что уменьшение объема гиппокампа сопровождается нарушением когнитивных функций. С этой целью проводился корреляционный анализ с сопоставлением результатов нейропсихологических тестов и выявленных объемов вещества мозга. В результате анализа было установлено, что уменьшение гиппокампа сопровождается ухудшением конкретных когнитивных функций таких как память, внимание и мышление. Изменение объемов гиппокампа сопровождалось нарушением выполнения MMSE ($r=0,48$; $p<0,05$), субтеста «ориентировка» шкалы MMSE ($r=0,52$; $p<0,05$).

Выводы: Атрофические изменения медиобазальных отделов височных долей можно рассматривать как биомаркер болезни Альцгеймера, сопровождающий ее развитие на самых ранних стадиях и связанный с развитием когнитивных (в первую очередь мнестических) нарушений. Тем не менее, для определения скорости атрофии гиппокампа на разных стадиях БА необходимо проведение дальнейших исследований для оценки изменения объемных показателей в динамике.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С HCV-ИНФЕКЦИЕЙ

Лобзин В.Ю., Литвинцев Б.С., Колмакова К.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Вирусом гепатита С инфицировано более 3% населения Земли. Около 50% больных с HCV-инфекцией предъявляют жалобы на нарушение памяти, снижение концентрации внимания, что в целом оказывает влияние на качество жизни. Предположительно, причиной нарушения когнитивных функций, может служить непосредственное влияние HCV-вируса на структуры головного мозга или нейротоксическое действие, опосредованное системным воспалением при HCV-инфекции. На сегодняшний день когнитивные нарушения при хронической HCV-инфекции были зафиксированы в большинстве исследований (Cyrdoba J., 2003). Также, некоторые больные с HCV-инфекцией характеризуются наличием астенических проявлений и предъявляют жалобы на мышечные и суставные боли, расстройство сна, миалгии, головную боль и депрессию. Хроническая усталость связана с изменениями метаболизма в головном мозге и нейротрансмиссии, приводящих к дисфункции ретикулярной формации, скорлупы, бледного шара, лимбической системы (Mopaso S., 2012).

При помощи магнитно-резонансной спектроскопии у больных с HCV-инфекцией верифицировано повышение соотношения холина/креатина в базальных ганглиях и белом веществе в лобной области, которое не связано со степенью заболевания, вирусным генотипом и другими факторами (Forton D.M., 2001). Авторы исследования впервые высказали мнение, что эти изменения были вторичными. Воздействие HCV-инфекции и цитокинов на головной мозг вызывает активацию микроглии. Weissenborn et al. (2008) обнаружили снижение коэффициента N-ацетил-аспартата/креатина в сером веществе лобной коры, но никаких изменений коэффициента холина/креатина. Оба показателя были подтверждены с помощью различных методов нейровизуализационного анализа, предполагающие возникновение увеличения проницаемости клеточных мембран и снижение нейрональной функции.

В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с участием 36 пациентов с хроническом HCV-инфекцией, также выявилось значительное улучшение в отношении синдрома хронической усталости и депрессии (Piche T., 2005). Эти факты являются еще одним подтверждением того, что важную роль в возникновении усталости играет дисфункция серотонинергических путей, на что указывает снижение в сыворотке крови уровня триптофана и снижение синтеза серотонина (Cozzi A., 2006).

Хотя окончательные выводы относительно патогенеза когнитивных нарушений, утомляемости и депрессии у HCV-инфицированных больных требуют дальнейшего изучения, многие данные подтверждают роль самого вируса в возникновении патологии ЦНС. Исходя из этого можно предположить, что HCV-вирус тропен к нервной ткани и репликация затрагивает ЦНС. Когнитивные нарушения, связанные с HCV-инфекцией, опосредованы не только следствием дисметаболических церебральных расстройств при печеночной энцефалопатии, но и прямого цитотоксического действия нейротропного вируса. Вместе с тем, патогенетические особенности интеллектуально-мнестических расстройств при HCV-инфекции требуют дальнейшего уточнения с проведением дополнительных исследований.

РИТМИЧЕСКАЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С КОГНИТИВНЫМ ОБУЧЕНИЕМ КАК НОВЫЙ МЕТОД В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Лобзин В.Ю., Воробьева М.Н., Цыплаков О.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Болезнь Альцгеймера (БА) – одна из основных причин слабоумия в пожилом и старческом возрасте, характеризуется постепенной потерей умственных способностей (память, речь, логическое мышление). Риск развития БА повышается после 65 лет. Общемировая заболеваемость на 2010 г. оценивалась в 35,6 млн человек, и эта цифра удваивается почти каждые 20 лет – до 65,7 млн к 2030 г. и до 115,4 млн к 2050 г. В связи с широкой распространенностью данного заболевания и малой эффективностью традиционных алгоритмов лечения, осуществляется поиск новых рациональных способов. В настоящее время одним из наиболее перспективных терапевтических методов лечения БА является ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС). рТМС – это вид стимуляции, при которой генерируется сразу серия импульсов, при этом частота импульсов может варьировать в пределах от 1 до 100 Гц.

Цель: Оценить терапевтические возможности метода комбинированной терапии рТМС в сочетании с когнитивным обучением (COG) для лечения больных с легкой и умеренной БА.

Материалы и методы: Алгоритм комбинированной рТМС-COG терапии был применен в лечении 7 пациентов с легкой и умеренной БА. Курс состоял из ежедневных процедур (5 дней в неделю) в течение 4 недель, после чего больные наблюдались течение 3 месяцев. Для стимуляции были выбраны шесть областей мозга, которые участвуют в проявлении клинических симптомов БА: правая и левая дорсолатеральная префронтальная кора (R-ДЛПФК и L-ДЛПФК); центры Брока и Вернике; правая и левая теменная кора соматосенсорной ассоциации (R-PSAC и L-PSAC соответственно). Перед началом лечения у каждого пациента определяли величину моторного порога (МП), а затем использовали 90% от интенсивности МП на центре Брока, R-ДЛПФК и L-ДЛПФК и до 110% интенсивности МП на Вернике, R-PSAC и L-PSAC. Стимуляцию в центре Брока, Вернике и R-ДЛПФК проводили на 1, 3 и 5 дни, в то время как L-ДЛПФК, R-PSAC и L-PSAC на 2 и 4 день. Помимо рТМС, больные проходили когнитивное обучение с помощью специально разработанных тестов и задач. Уровень сложности для COG задач был разработан индивидуально с учетом степени когнитивных нарушений. Исходные данные по нейропсихологическим методикам: с легкой БА: MMSE – 21,6±3,6 баллов; ADAS-cog – 23,4±8,8 балла; с умеренной БА: MMSE – 14,4±2,1 баллов; ADAS-cog – 39,6±9,1 баллов.

Результаты: Оценка проводилась до лечения и через 1 месяц после начала лечения. Установлено значительное улучшение когнитивных показателей в БА по шкале MMSE (24,4±3,5 балла) и ADAS-cog (17,9±3,7 баллов) у пациентов с легкой БА. У больных с умеренной БА полученные данные были следующими: MMSE – 17,0±2,8 баллов; ADAS-cog – 35,4±9,9 баллов. Через 3 месяца отсроченного наблюдения нежелательных явлений не было.

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают эффективность и хорошую переносимость комбинированной терапии рТМС в сочетании с когнитивным обучением для лечения больных с БА. Никаких побочных эффектов не наблюдалось. В ходе лечения было выявлено достоверное улучшение таких когнитивных показателей как ориентировка во времени, месте, внимание и счет (шкала MMSE), а также при анализе результатов ADAS-cog замечено улучшение памяти, в среднем, на 15%, что подтверждалось способностью воспроизводить тестовые задания, запоминать и выполнять многокомпонентные действия, способностью копировать геометрические фигуры и называть предметы.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ И НИЗКОЧАСТОТНАЯ РИТМИЧЕСКАЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Лобзин В.Ю., Воробьева М.Н., Цыплаков О.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: В настоящее время, среди широкого спектра терапевтических методов, используемых для лечения болезни Альцгеймера (БА), все большее распространение имеет ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС). Разделяют два основных режима рТМС: низкочастотная и высокочастотная. При низкочастотной магнитной стимуляции происходит снижение возбудимости нейронов коры головного мозга, а при высокочастотной – повышение. Низкочастотная стимуляция (< 1 Гц) приводит к ингибиторному послеэффекту на зоны мозга, а высокочастотная стимуляция (> 5 Гц) к возбуждающему эффекту. Среди работ, посвященных применению рТМС в терапии болезни Альцгеймера, особое внимание уделяется рТМС дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК), а также имеются данные о стимулировании центров Брока, Вернике и других областей коры головного мозга.

Цель: Определить наиболее эффективную методику рТМС для обследования и лечения больных с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы: В нашем исследовании для сравнения мы проводили высокочастотную (20 Гц) и низкочастотную (1 Гц) рТМС у пациентов с вероятной БА, которым применяли двустороннее стимулирование ДЛПФК. Двенадцать пациентов (средний возраст $61,8 \pm 2,3$ года) с диагнозом вероятной БА по критериям NINDS-ADRDA (9 от легкой до умеренной, 3с тяжелой) были разделены на 2 группы: 6 пациентов получали высокочастотные методы лечения (20 Гц), 6 пациентов получили низкочастотные (1 Гц). Пациентам проводили ежедневные сеансы рТМС в течение 5 дней. Анализ проводили до и после лечения, а также через 3 месяца после последней сессии. Для оценки эффективности терапии мы использовали следующие нейропсихологические методики: MMSE, FAB. Исходные нейропсихологические данные: у пациентов с легкой БА: MMSE – $22,5 \pm 3,2$; FAB – $14,3 \pm 0,8$; у пациентов с умеренной БА: MMSE – $15,5 \pm 2,2$; FAB – $8,9 \pm 0,6$; у пациентов с тяжелой БА: MMSE – $6,5 \pm 0,6$; FAB – $4,1 \pm 0,5$.

Результаты: По результатам лечения отмечено улучшение по всем показателям шкал MMSE ($27,5 \pm 2,8$), FAB ($14,8 \pm 0,6$) для высокочастотных методов стимуляции у пациентов с легкой БА. Показатели при умеренной БА: MMSE – $20,8 \pm 1,4$; FAB – $11,2 \pm 0,4$. У больных с тяжелой болезнью Альцгеймера результаты оказались на порядок хуже: MMSE – $7,3 \pm 0,8$; FAB – $4,3 \pm 0,8$. Применение высокочастотной рТМС оказывало более выраженное позитивное влияние по всем шкалам, по сравнению с терапией низкочастотной рТМС.

Выводы: Установлено, что высокочастотная магнитная стимуляция является одним из наиболее эффективных методов лечения больных с болезнью Альцгеймера. рТМС можно использовать при всех степенях тяжести БА, но максимальный эффект выявлен у пациентов с легкой и умеренной деменцией. При лечении рТМС определялось достоверное улучшение показателей когнитивных функций (шкала MMSE) и благоприятное воздействие на повседневную деятельность пациентов (шкала IADL). После лечения терапевтический эффект сохранялся в течение трех месяцев.

МИГРЕНЬ-ЭПИЛЕПСИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

Лобзин С.В., Василенко А.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Мигрень и эпилепсия являются коморбидными неврологическими заболеваниями со сходными патогенетическими механизмами и клиническими проявлениями. Частота возникновения мигрени в популяции составляет от 5-25% среди женщин и от 2-10% среди мужчин. При этом распространенность головных болей среди больных эпилепсией составляет не менее 60%. Кроме того, общеизвестно, что каждый четвертый больной эпилепсией страдает мигренью, а частота встречаемости эпилептических припадков у лиц с мигренью достигает 17% и выше. Однако, в научной литературе различные варианты сочетания мигрени и эпилепсии остаются не до конца изученными.

Цель исследования: Сопоставление клинических и диагностических особенностей при мигрени и эпилепсии, а также оптимизация медикаментозного лечения мигрень-эпилепсии.

Материалы и методы: Комплексное клиничко-неврологическое, электроэнцефалографическое, нейровизуализационное (МРТ головного мозга, в части случаев ПЭТ, ¹НМРС и МР-трактография) обследование проведено у 70 пациентов с мигренью без эпилептических припадков в анамнезе, у 70 больных с различными формами локально обусловленной эпилепсии (ЛОЭ) и у 50 – с установленным и/или подтвержденным диагнозом мигрень-эпилепсии.

Результаты и их обсуждение: Установлено, что обследованные нами пациенты с мигренью наиболее часто отмечали их распространение по типу гемикрании с акцентом в височно-лобно-глазничной области, постоянный (от нескольких часов до нескольких суток), пульсирующий характер (интенсивностью до 9-10 баллов по ВАШ), нередко в сочетании с сопутствующими симптомами (тошнота, рвота, фото- и фонофобии, снижение повседневной активности), тогда как у больных с ЛОЭ в межприступном периоде отмечались различные типы головных болей: у 28,3% – мигрень с аурой и/или без, у 33,4% – головная боль напряжения, у 7,9% – неклассифицируемая головная боль ($p < 0,05$). По данным видео-ЭЭГ мониторинга наиболее частым у пациентов с мигренью (67,7% случаев) и мигрень-эпилепсией (88,4%) было сочетание генерализованной и очаговой эпилептиформной активности, исходящей из затылочной и/или височных областей, что в ряде случаев приводило к необходимости своевременного назначения адекватной медикаментозной АЭП терапии. При этом, у преобладающего большинства больных с ЛОЭ при ЭЭГ отмечались умеренные и/или выраженные локальные изменения с продукцией эпилептиформной активности в виде спайк-волн и комплексов острая-медленная волна, соответствовавшие этиологическому варианту очага и данным нейровизуализационных исследований. Так, при МРТ у пациентов с мигренью и мигрень-эпилепсией были обнаружены расширение височного рога одного из боковых желудочков

(соответственно 33,5% и 25,7% случаев), кранио-вертебральные аномалии – Арнольда-Киари I типа и Киммерли (24,9% и 35,6%), а также ряд других структурных и метаболических нейровизуализационных изменений.

Выводы: Таким образом, для установления диагноза мигрень-эпилепсии, а также для проведения дифференциальной диагностики с рядом коморбидных заболеваний необходимо проведение комплексного обследования пациентов с включением клинико-неврологического, видео-ЭЭГ мониторинга и нейровизуализационных методов. Комплексный подход к диагностике пациентов с мигренозными головными болями и эпилептическими припадками позволяет не только верифицировать тип пароксизма, но и осуществить выбор дальнейшей тактики медикаментозного лечения. В случаях достоверного выявления эпилептиформной активности с формированием стойкого очага по данным пролонгированного видео-ЭЭГ мониторинга у больных с мигренозными головными болями целесообразно назначение адекватной медикаментозной антиэпилептической терапии.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Лобзин С.В., Громов С.А., Василенко А.В., Коровина С.А., Якунина О.Н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Посттравматическая эпилепсия (ПТЭ) является одной из наиболее распространенных форм локально обусловленной симптоматической эпилепсии. Заболеваемость ПТЭ превышает 3 млн человек ежегодно. Около половины пациентов с ПТЭ имеют более 12 приступов в год, а течение заболевания часто имеет прогрессивный характер. Ремиссии припадков удается достигнуть лишь у 5-10% больных, что обуславливает высокую частоту изменений личности и психологические нарушения.

Цель исследования: изучение клинических и психологических особенностей у больных с посттравматическими формами локально обусловленной эпилепсии.

Материалы и методы: Комплексное клинико-неврологическое, электроэнцефалографическое (клиническая ЭЭГ и видео-ЭЭГ мониторинг с обязательным исследованием сна), нейровизуализационное (МРТ головного мозга по специальной эпилептической программе с прицельным исследованием гиппокампов, ПЭТ, ¹НМРС, МР-трактография), психологическое обследование проведено у 350 пациентов с ПТЭ. Все обследованные больные перенесли до дебюта эпилепсии ЧМТ различной степени тяжести, причем наличие травмы и припадков у них были подтверждены соответствующей медицинской документацией.

Результаты и их обсуждение: Клиническая феноменология эпилептических припадков у больных с ПТЭ при легкой ЧМТ в анамнезе была представлена преимущественно простыми и/или сложными парциальными припадками. В случаях наличия в анамнезе у больных с ПТЭ тяжелой или средне-тяжелой ЧМТ преобладали сложные парциальные с вторичной генерализацией и склонностью к серийному течению. Что же касается сроков возникновения первых эпилептических припадков после травмы, то у пациентов с легкой ЧМТ в анамнезе наблюдалась значительная вариабельность (от 3 месяцев до 5 лет и более). Тогда как в случаях более тяжелых травм головного мозга первые эпилептические припадки развивались, как правило, в кратчайшем периоде после травмы или спустя 3-18 месяцев, что согласуется с литературными источниками (Одинак М.М., Дыскин Д.Е. и соавт., 2009). По результатам видео-ЭЭГ мониторинга в обследуемой нами группе больных с ПТЭ при средне-тяжелой и тяжелой ЧМТ в анамнезе в преобладающем большинстве случаев (70,2% наблюдений) обнаружены умеренные и/или выраженные локальные изменения с продукцией эпилептиформной активности, тогда как при легкой ЧМТ в анамнезе определялись менее выраженные локальные изменения. При МРТ, выполненной по специальной эпилептической программе, у пациентов с ПТЭ при средне-тяжелой и тяжелой ЧМТ в анамнезе установлены различные варианты МР-изменений: расширение височного рога одного из боковых желудочков, расширение щелей субарахноидального пространства, глиозные, атрофические и кистозные изменения, а также склероз одного из гиппокампов. Следует отметить, что в случаях обнаружения при ПЭТ очагового гипометаболизма радионуклидной глюкозы, он наиболее часто соответствовал области регистрации эпилептического очага по данным видео-ЭЭГ мониторинга (до 80% наблюдений). При ¹НМРС наиболее часто определялись метаболические изменения при медиобазальной височной локализации, соответствовавшие этиологическому варианту очага по данным МРТ и ПЭТ исследований. При МР-трактографии в 47% наблюдений было установлено значимое снижение коэффициентов фракционной анизотропии в проекции одного из гиппокампов, что может свидетельствовать о нарушении целостности и демиелинизации в проводящих путях. Результаты психологического исследования свидетельствуют о преобладании у пациентов с последствиями черепно-мозговых травм астенических, вегетативных, когнитивных и эмоциональных нарушений, степень выраженности которых зависит от тяжести клинических проявлений заболевания.

Выводы. Таким образом, для больных с ПТЭ со средне-тяжелой и тяжелой ЧМТ в анамнезе характерен ряд особенностей в показателях комплексного клинико-неврологического, психологического и инструментальных исследований. Выполнение видео-ЭЭГ мониторинга, МРТ по специальной эпилептической программе и метаболической нейровизуализации с помощью ¹НМРС и ПЭТ при ПТЭ с легкой ЧМТ в анамнезе позволяет

существенно повысить информативность диагностических мероприятий у больных с негативными показателями клиничко-электроэнцефалографических и МРТ-исследований. Однако этиологическое значение легкой травмы головного мозга у больных с ПТЭ существенно отличается от такового при средне-тяжелой и тяжелой ЧМТ, выводя на первый план совокупность факторов предрасположенности, обуславливающих появление эпилептических припадков и развитие заболевания.

КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ ДИСПЛАЗИИ И МИГРЕНЬ

Лобзин С.В., Юркина Е.А., Лобзина А.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Изучение краниовертебральных аномалий привлекает пристальное внимание ученых на протяжении длительного времени (Дерябина Е. И., 1960). Краниовертебральные аномалии встречаются значительно чаще, чем было принято считать ранее. Среди обследованных пациентов с неврологической симптоматикой частота мальформации Киари I типа (МК I) составила до 40% (Ахадов Т.А. и др., 1993). Одним из основных симптомов при МК I является головная боль. Некоторые авторы описывают у пациентов с краниовертебральными аномалиями мигренозную головную боль. Мигрень – комплексное заболевание с гетерогенной клинической картиной, характеризующееся приступами пульсирующей головной боли, чаще односторонней, средней или выраженной интенсивности. Во время приступа головная боль сопровождается тошнотой, непереносимостью света и звуков, выраженным снижением работоспособности человека (Корешкина М.И., 2014; Salomon J.A., 2012). Мигренью страдает 20-25% взрослого населения, известно, что чаще она обнаруживается у лиц женского пола (Жулев Н.М. с соавт., 2007). Согласно современным взглядам, мигрень представляет собой нейросудистую патологию, т.е. первичную дисфункцию головного мозга с вторичными сосудистыми реакциями (Амелин А.В. с соавт., 2011). Профессор В.С. Лобзин в 1979 году описал у пациентов с мигренью феномен «трех близнецов», включающий в себя гемикранию, артериальную гипотензию, холецистопатию. Впоследствии С.В. Лобзин (2000) дополнил данный синдром частым сочетанием с аномалиями краниовертебрального перехода (ротационным подвывихом атланта), исследовал особенности венозного оттока в области задней черепной ямки.

Нами обследовано 28 пациентов с МК I (22 женщины, 6 мужчин) в возрастном диапазоне 21-56 лет, при этом ведущим клиническим синдромом был цефалгический. Пациенты описывали головную боль преимущественно ломящего, давящего характера с локализацией в шейно-затылочной области. Около трети наших пациентов отмечали пульсирующую головную боль по типу гемикрании в сочетании с синдромом «трех близнецов» В.С. Лобзина. В большинстве случаев цефалгия сопровождалась пастозностью век и лица утром, чувством «выдавливания глазных яблок», усиливалась при приемах Вальсальвы, что позволяло предполагать церебральную венозную недостаточность. Клинические данные коррелировали с результатами выполненного дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов: практически все пациенты имели признаки затрудненного венозного оттока из полости черепа.

Таким образом, выполненное нами исследование показало, что в диагностический поиск у пациентов, имеющих в клинической картине гемикрании, необходимо включать краниовертебральные дисплазии, используя современные нейровизуализационные методы с обязательной оценкой артериальной и венозной церебральной гемодинамики.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА БАС И СПОНДИЛОГЕННО-ДИСКОГЕННОЙ КОМПРЕССИОННОЙ МИЕЛОИШЕМИИ

Лу Чжуцзин, Шулешова Н.В.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель исследования: улучшение диагностики синдрома БАС и спондилогенно-дискогенной компрессионной миелоишемии (СДКМ).

Материалы и методы: С 2012 по 2015 гг. в условиях ГМПБ №2 обследовано 55 больных, из них 25 – с БАС, и 30 – со СДКМ. Возраст больных с БАС составил от 35 до 83 лет (в среднем 60 ± 1 год), из них мужчин было 12, женщин – 13, М:Ж=1:1. Возраст больных СДКМ составил от 20 до 79 лет (в среднем 57 ± 1 год), из них 15 мужчин, 15 – женщин, М:Ж=1:1. Всем больным проводился неврологический осмотр; лабораторные исследования крови и мочи; электронейромиография (ЭНМГ), МРТ позвоночника и спинного мозга; соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП).

Результаты и их обсуждение: По данным клиничко-неврологического осмотра у всех пациентов с БАС наблюдался хронический, прогрессирующий характер течения заболевания. Преобладал смешанный парез, кото-

рый выявлен у 21 из 25 пациентов, страдающих БАС (84%); у 2-х обнаружен центральный парез (8%) и еще у 2-х – периферический (8%). Нарушение функций малого таза наблюдалось у 4-х (16%) больных по типу неудержания. Гипотрофия мышц разной степени выявлялась у 20 пациентов (80%). У 15 больных наблюдался бульбо-псевдобульбарный синдром в соответствии со шкалой Norris (меньше 9 баллов). По данным неврологического осмотра у 21 пациента с СДКМ (70%) наблюдался хронический характер течения заболевания с периодами облегчения, а у 9 – подострое течение (30%). Смешанный парез обнаружен у 16 пациентов с СДКМ (53%), центральный парез – у 9 (30%) и периферический – у 5 (17%). 20 пациентов с СДКМ (67%) отмечали болевой синдром на разных уровнях поражения позвоночника. У 5 выявлена гипотрофия мышц разной степени (17%). У 1 обнаружено нарушение функций малого таза по типу неудержания. По данным биохимического анализа крови повышенный уровень КФК отмечался у 15 пациентов с БАС (60%) и у 5 пациентов с СДКМ (17%). По данным ЭНМГ диагноз был подтвержден у 23 пациентов с СДКМ (77%), у остальных 7 диагноз подтвержден данными ССВП. У больных с БАС диагноз подтвержден у всех 25 человек по результатам ЭНМГ (100%). При МРТ у больных с СДКМ преобладали поражения шейного отдела спинного мозга (у 15 пациентов, 50%); поражение поясничного отдела выявлено у 13 больных (43%), а у 2 – грудного отдела (7%).

Выводы: Клиническое течение болезни при синдроме БАС носит хронический, неуклонно прогрессирующий характер, а при СДКМ хронический ремитирующий характер течения наблюдается у 70% больных. ЭНМГ является наиболее важным методом исследования в диагностике синдрома БАС и СДКМ. Использование ССВП при диагностике СДКМ подтверждает уровень поражения спинного мозга, в отличие от синдрома БАС. Использование МРТ позвоночника и спинного мозга наиболее информативно при СДКМ, выявляя уровень и степень их поражения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФЛЕКТОРНЫМИ СИНДРОМАМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Макаров Е.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель исследования: выявить динамику качества жизни у пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненного рефлекторными синдромами, на фоне применения абдоминальной декомпрессии.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 70 человек с рефлекторными синдромами остеохондроза позвоночника (34 мужчины и 36 женщин). Средний возраст составил 42,21(±11,86) года. Контрольная группа 14 мужчин, 21 женщина. Средний возраст 42(±11,81) года. Экспериментальная группа 13 мужчин, 22 женщины. Средний возраст 41(±12,17) год. Исследование качества жизни осуществлялась с помощью опросника SF-36. Проводилась оценка индексов: общее состояние здоровья (ОСЗ), физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование физическое (РФФ) и эмоциональное (РФЭ), социальное функционирование (СФ), интенсивность боли (ИБ), жизненная активность (ЖА), психическое здоровье (ПЗ).

Результаты и их обсуждение: По результатам анкетирования опросником SF-36 отмечается достоверная межгрупповая динамика по большинству критериев. Анализ данных после проведенного курса лечения показал превышение показателей в экспериментальной группе относительно контрольной по индексам: общего состояния здоровья на 27,3%, физического функционирования на 10,7%, социального функционирования на 37,5%, индекс боли на 15,2%, жизненной активности на 26%. На этом фоне ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным компонентом, на 20% выше относительно экспериментальной.

С целью полной оценки изменений показателей качества жизни, данные, имеющие достоверное межгрупповое отличие после курсового лечения, были подвергнуты сравнительному анализу относительно средних по популяции. В контрольной группе индекс общего состояния здоровья, жизненной активности, боли, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным компонентом, возрастают на 6,1%, 13,7%, 19,4% и 38,2%, физического и социального функционирования отклонены в меньшую сторону на 1,4% и 33,2% соответственно. Для экспериментальной группы положительная динамика по индексам общего состояния здоровья, физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным компонентом, социального функционирования, боли, жизненной активности составила 31,8%, 9,4%, 21,9%, 6,6%, 31,7%, 36,9% соответственно. Отмечается статистически значимое превышение верхней границы среднего значения по ОСЗ на 8,4%, ЖА на 11,9% и ИБ на 2,3%.

Выводы: Применение абдоминальной декомпрессии у пациентов с рефлекторными синдромами остеохондроза на уровне пояснично-крестцового отдела способствует более гармоничному и полноценному восстановлению качества жизни у пациентов экспериментальной группы относительно контрольной. На фоне проведения процедур абдоминальной декомпрессии активируются механизмы на тканевом и органном уровне, способствующие предотвращению развития хронического болевого синдрома.

ПОСТУРАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: СТРУКТУРА И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Милюхина И.В., Грачева Е.В., Кудреватых А.В., Сергеев Т.В., Карпенко М.Н.

*Институт экспериментальной медицины РАН, Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого,
Санкт-Петербург*

Постуральная неустойчивость, нарушения ходьбы и когнитивные нарушения относятся к одним из самых инвалидизирующих проявлений болезни Паркинсона (БП), они существенно ухудшают качество жизни пациентов и утяжеляют прогноз заболевания.

Целью настоящего исследования явилось проведение комплексного клинико-нейрофизиологического анализа постуральных нарушений у больных с различными формами БП, а также изучение взаимосвязи когнитивного профиля больных БП и особенностей постурального баланса.

В исследование было включено 60 пациентов с БП (37 женщин и 23 мужчины). Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев, соотносимых по полу и возрасту с основной группой. Группа сравнения – 30 пациентов с сосудистым паркинсонизмом (17 женщин и 13 мужчин). Был проведен клинико-инструментальный анализ ходьбы, постуральной неустойчивости и нейропсихологическое тестирование. Стабилометрия и анализ структуры цикла шага проводился на аппаратуре Diers (Германия). Выраженность когнитивных нарушений по данным MMSE, MoCA, FAB были сопоставимы в группе с БП и группе пациентов с сосудистым паркинсонизмом. Величина площади статокинезиограммы коррелировала с продолжительностью БП ($r=0,62$, $p<0,005$), стадией по Хен-Яру ($r=0,71$, $p<0,05$). При исследовании функции равновесия с помощью стабилометрии у пациентов с БП выявлено увеличение площади статокинезиограммы, девиации центра давления во фронтальной плоскости, частоты основного спектра колебаний во фронтальной и сагиттальной плоскости, более выраженные на поздних стадиях заболевания. Степень нарушения ходьбы у больных БП коррелировала с выраженностью регуляторных, нейродинамических и зрительно-пространственных нарушений, отражающих дисфункцию лобных долей. Был разработан интегральный параметр для оценки несимметричности перемещения центра тяжести (СПЦТ), который рассчитывается на основе шести признаков перемещения центра. Коэффициент корреляции между MMSE и СПЦТ равен $-0,75$ в основной группе и $-0,49$ в группе сравнения ($p<0,05$). Применение биомеханического анализа движения позволяет более детально изучить особенности и уточнить механизмы нарушения ходьбы на разных стадиях БП и при развитии когнитивных нарушений.

АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА

Мирная Д.А., Янишевский С.Н., Андреев Р.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Современная неврология выделяет модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития инсульта. Но следует также определять вклад известных факторов риска в вероятность развития того или иного исхода инсульта, что может использоваться, как функция прогноза течения заболевания и определения возможности реабилитации.

Цель исследования: оценить прогностический риск развития неблагоприятных исходов для основных анамнестических факторов риска мозгового инсульта.

Материалы и методы: Изучены истории болезни 127 пациентов, переносивших ишемический инсульт. Пациенты были разбиты на 2 подгруппы на основании балла по модифицированной шкале Рэнкина: неблагоприятный исход – 5-6 баллов, благоприятный исход – 0-4 балла. Регрессионным анализом оценены отношения шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал вероятности наступления летального исхода в подгруппах пациентов для каждого изученного фактора риска. Исходы оценивали к 28-30 дню после перенесенного инсульта. Межгрупповые сравнения проводили с использованием критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение: Основными анамнестическими факторами риска, достоверно увеличивающими смертность при инсульте, были: перенесенный инфаркт миокарда (ОШ=3,15, 95% ДИ 1,45-8,16, $p=0,001$), фибрилляция предсердий (ОШ=4,16, 95% ДИ 1,82-9,43, $p=0,012$), сахарный диабет 2 типа, причем не сам факт наличия диабета, а длительность его течения более 11 лет (ОШ=3,76, 95% ДИ 1,58-5,95), мужской пол (ОШ=2,12, 95% ДИ 1,23-5,43, $p=0,02$), возраст 70-80 лет (ОШ=2,49, 95% ДИ 1,23-6,42, $p=0,029$), курение (ОШ=4,02, 95% ДИ 2,12-6,62), наличие стеноокклюзирующего поражения магистральных артерий головы и шеи (ОШ=3,1, 95% ДИ 2,12-5,63, $p=0,02$), длительность артериальной гипертензии без достижения целевых цифр АД более 10 лет (ОШ=2,56, 95% ДИ 1,35-6,12, $p=0,03$), увеличение концентрации С-реактивного белка в плазме крови (ОШ=1,83, 95% ДИ 1,12-3,28) и повышенная концентрация фибриногена (ОШ=1,92, 95% ДИ 1,08-4,16). Данные о влиянии маркеров системного воспалительного процесса периодически анализируются различными авторами и часто наблюдается соответствие

между ними и атеросклеротическим поражением магистральных артерий головы (в нашем исследовании $r=0,63$, $p<0,05$) и диагностированным сахарным диабетом 2 типа (в нашем исследовании $r=0,56$, $p<0,05$). У пациентов с измененными показателями воспалительных маркеров при МРТ головного мозга достоверно чаще наблюдались изменения по шкале Fazecas 2-3 ($r=0,59$, $p=0,041$).

Выводы: При помощи регрессионного анализа получен своеобразный «портрет» пациента, имеющего риски развития нежелательного исхода при ишемическом инсульте. В дополнение к традиционным факторам риска обнаружено, что маркеры воспалительного процесса имеют существенное значение в нарушении системы макро- и микроциркуляции. Требуется дальнейшее изучение возможностей компенсации нарушенных функций органов и систем при описанных профилях факторов риска у пациентов с ишемическим инсультом.

ПЕРВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ АФАЗИИ ПРИ ПРАВОПОЛУШАРНЫХ ИНСУЛЬТАХ

Михайленко А.А., Аношина Е.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Афазия при правополушарных инсультах может выявляться как у леворуких (с «зеркальным типом отображения», впервые описанная в 1866 г. J.H. Jackson), так и у праворуких лиц с синдром «перекрестной афазии» (Bramwell B., 1899). В отечественной литературе первые публикации о подобных вариантах патологии принадлежат В.К. Роту и В.А. Муратову (1890), П.А. Преображенскому (1895) и М.И. Молчанову (1896).

Все три клинико-анатомических наблюдения объединяет идентичный клинический синдром: афазия и левосторонняя гемиплегия при наличии очага в правом полушарии. В одном случае афазия носила смешанный характер, в двух - распознавалась моторная афазия (со словами- «эмболами», «ух ты», «да», «ей Богу», «не-не», «ни-ни»). В последних двух случаях понимания речи сохранилось.

В одном случае доминирующую руку установить не удалось, двое пациентов были праворукими – ели, крестились и выполняли другие работы правой рукой. Два пациента были неграмотны, не умели ни писать, ни читать.

На аутопсии во всех трех случаях левое полушарие оставалось интактным: патологические очаги выявлялись в правом полушарии. Существенной особенностью в двух случаях являлась сохранность понимания речи при поражении в том числе височной доли справа и отсутствии викарирующего центра речи в левом полушарии.

Широко распространено мнение, что латерализация речевых функций сопряжена с освоением приемов письма и чтения. Наблюдения В.К. Рота и В.А. Муратова (1890), М.И. Молчанова (1896) свидетельствуют, что овладение навыками грамотного человека не является единственной причиной латерализации речевых функций.

Выводы: Генез синдрома «перекрестной афазии» остается предметом научных дискуссий. Поэтому клинические наблюдения сохраняют значение важнейшего метода изучения «отправлений» головного мозга человека.

ВАРИАНТ ПЕРЕКРЕСТНОЙ АФАЗИИ У ВРАЧА

Михайленко А.А., Аношина Е.А., Ильинский Н.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

По воспоминаниям леворукого многолетнего сотрудника кафедры и клиники неврологии двигательная функция левой руки доминировала с ранних лет. На начальном этапе освоения письма наш коллега писал левой рукой и справа налево («зеркальное письмо»). Подобные ранние «творческие поиски» он обнаружил много лет спустя на страницах академического издания полного собрания сочинений А.С. Пушкина. Насильственно был обучен использованию правой руки при письме, во время приема пищи (удерживание ложки и вилки). Переучивание произошло относительно быстро и безболезненно. Однако фактически для всего остального многообразия моторных актов он употреблял левую руку: при бросании камней, школьной «гранаты» и других предметов; по волейбольному мячу с силой ударить мог только левой рукой, и ею же забрасывал в корзину баскетбольный мяч; теннисную ракетку, топор, молоток, нож, ножницы, расческу, зубную щетку, иголку, рюмку, сигарету держал в левой руке, левой рукой зажигал спички. При выполнении известных тестов («переплетение пальцев», «аплодисментов», «прогибания кистей», «позы Наполеона») обнаруживались проявления леворукости. При динамометрии показатели левой руки превышали цифры правой на 5-10 кг.

В 60-летнем возрасте у доктора возникла транзиторная ишемическая атака (инсульт с обратимым неврологическим дефицитом) в бассейне левой средней мозговой артерии с моторной афазией и парестезиями в пальцах кисти и стопы справа. Речевые нарушения регрессировали в течение 24 часов, парестезии в течение 2-3 недель. КТ

головного мозга: плотностные характеристики серого и белого вещества в пределах нормы, желудочковая система обычных размеров и формы. УЗДГ и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: установлено умеренное снижение скорости кровотока и возрастание индексов периферического сопротивления и тонуса; атеросклеротических изменений ВСА и стенозирование устьев позвоночных артерий не выявлено.

Выводы: Таким образом, у леворукого пациента обнаруживалась перекрестная латерализация – доминирование правого полушария по ведущей левой руке и левого полушария – по речи. Центры речи в левом полушарии у леворукого человека сформировались, видимо, вследствие целенаправленного, неуклонного и настойчивого приобретения навыка письма правой рукой. В родословном анамнезе семейной синистральности и тенденции к амбидекстрии проследить не удалось.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПРАВОПОЛУШАРНЫХ СИНДРОМОВ СОСУДИСТОГО И ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Михайленко А.А., Литвиненко И.В., Аношина Е.А., Ильинский Н.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Перечень функциональных отклонений, для которых доминантным является правое полушарие, продолжает постоянно пополняться редкими и исторически достоверными клиническими наблюдениями. Эти клинические иллюстрации выходят за рамки «прокрустово ложа» более ранних научных представлений о роли этого полушария в реализации высших мозговых функций, чему ярким свидетельством являются приводимые ниже уникальные наблюдения.

У знаменитого французского поэта Гийома Аполлинера после тяжелого огнестрельного ранения головы сформировался синдром латеральной височной дисфункции правого полушария в варианте диссоциированного эмоционально-когнитивного расстройства: при сохранности когнитивных функций и творческих навыков (поэтического мастерства), регистрировались очевидные эмоционально-поведенческие нарушения (нетерпимость к эмоциональным стимулам, утрата интереса к горячо любимой невесте, эмоциональное уплощение и утрата чувства юмора, подозрительность, чувство тревоги и печали).

Правополушарному инсульту гениального русского поэта Ф.И. Тютчева сопутствовал принципиально иного характера синдром клинического расщепления – когнитивно-творческой диссоциации: когнитивные и эмоционально-личностные особенности оставались в значительной мере интактными, но были утрачены творческие (поэтические) способности.

Великого французского ученого Луи Пастера в 46-летнем возрасте постигла большая беда – правополушарный инсульт с левосторонней гемиплегией. Со временем движения в левых конечностях частично восстановились, но физически ученый навсегда остался калекой. На вскрытии спустя двадцать семь лет после инсульта была установлена резкая атрофия правого полушария. Но это не помешало ученому фактически с одним полушарием выполнить гениальные работы о «заразах и вакцинах», «предохранении от бешенства» и другие.

Знаменитый итальянский кинорежиссер Л. Висконти после правополушарного инсульта с левосторонней гемиплегией когнитивных нарушений не обнаруживал, разум оставался ясным и острым. Эмоционально поведенческие реакции характеризовались неиссякаемой жизнерадостностью, поразительной работоспособностью, даже несколько избыточным оптимизмом, что иногда свойственно патологии правого полушария. Он сохранил творческий потенциал и создал ряд фильмов и спектаклей, которые не уступали работам «доинсультного» периода.

Другой известный итальянский кинорежиссер Ф. Феллини после правополушарного инсульта как творческая личность закончился. Оставаясь интеллектуально сохранным, он демонстрировал чувство тревожности, негативного отношения к парализованной конечности (элементы мизоплегии – отвращения и жестокого обращения с парализованной конечностью), но сохранял свое удивительное чувство юмора, которое при патологии правого полушария часто утрачивается. У обоих кинорежиссеров отсутствовала анозогнозия, но у Ф. Феллини был установлен синдром левостороннего зрительного пространственного игнорирования.

Удивительный и уникальный клинический синдром наблюдался у знаменитого швейцарского писателя Ш. Рамо: после правополушарного инсульта в бассейне средней мозговой артерии у правши выявлялись афазия и левосторонний гемипарез. В клинической картине так же прослеживались определенные эмоциональные расстройства: при интактности когнитивных функций и письма, при способности к удивительной глубине и четкости описания собственных личностно-поведенческих изменений, выявлялись раздражительность, тревога, депрессия, ощущение себя другим («я не умер, но мое прошлое умерло»). Однако необходимо указать, что когнитивно-эмоциональная диссоциация не нашла внятного отражения в его романах после возникновения болезни, а их качество и литературный стиль не уступали произведениям «доинсультного» периода.

Выводы: Таким образом, правополушарная патология сосудистого и травматического генеза характеризуется широким клиническим полиморфизмом, который может быть сопряжен не только с величиной и расположением очага поражения, но и с нетипичной и вариабельной полушарной латерализацией функций и амбидекстрией, с преморбидными особенностями личности и системы эмоций и другими недостаточно изученными факторами.

ЭПИЛЕПСИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Михайлов В.А., Дружинин А.К., Киссин М.Я., Липатова Л.В., Бочаров В.В., Фурсова И.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение: В настоящее время проблема эпилепсии в старших возрастных группах и определение интегративного показателя качества жизни (КЖ) занимает всё большее место в клинических и научных исследованиях.

Цель исследования: Изучение показателей КЖ у больных симптоматической эпилепсией и у пациентов, перенесших инсульт без пароксизмальных эпилептических припадков в пожилом возрасте.

Материалы и методы: Исследованы две группы больных (141 человек). В 1-ой группе 101 больной течение заболевания осложнилось развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. Во 2-ой, контрольной группе пациентов, 40 человек, пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-ой группы составил 63,00 года (60,0-65,0 лет), 2-ой группы: 62,5 года (61,5-65,0 лет).

Результаты и их обсуждение: Показатели КЖ (шкала SF-36) были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: суммарный физический компонент (PH), по данным SF-36, составил у них 36,2 балла, а психический компонент (MH) – 33,01 балла. Во 2-ой группе пациентов эти показатели были равны 39,09 и 35,07 баллов, соответственно. Общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов – в первой группе, что значительно ниже значений нормы ($p < 0,001$; критерий Манна-Уитни.). Значимые отличия, существенно более низкими оценками КЖ, были получены у больных 1-ой группы по таким сферам, как «когнитивное функционирование»: 13,01 и 17,91 баллов (2-ая группа) ($p < 0,001$), «боязнь приступов»: 39,47 и 79,77 баллов ($p < 0,001$), «влияние антиэпилептических препаратов»: 1,59 и 2,94 ($p < 0,001$), соответственно. Анализируя группу пациентов с эпилепсией мы получили данные о наличии множественных корреляционных, обратных связей между показателями депрессии и тревоги (шкала депрессии HRDS, опросник SCL-90-R, шкала тревоги Спилбергера, STAI) и сферами качества жизни(QOLIE-31).

Заключение: Качество жизни у пациентов с эпилепсией пожилого возраста значительно снижено, особенно это связано со сферами «когнитивное функционирование», «боязнь приступов», «влияние АЭП», «социальные функции», «энергичность/усталость». Общий суммарный показатель КЖ находится в прямой корреляционной связи с величинами сфер «боязнь приступов», «влияние АЭП», «социального функционирования», а также выявлена прямая взаимосвязь между сферами «эмоциональное благополучие» и «энергичность/усталость». Клиническое проявление психопатологической симптоматики у больных эпилепсией пожилого возраста находится в корреляционной связи и регрессионными индексами показателей сфер КЖ. Таким образом, в формировании показателей сфер КЖ непосредственное участие и влияние оказывают эмоционально-аффективные расстройства.

НОВАЯ МЫШИНАЯ МОДЕЛЬ ПАРКИНСОНИЗМА СВРВ

Моисеева Е.В., Аронов Д.А., Семушина С.Г.

Институт биоорганической химии РАН, Москва

Болезнь Паркинсона (БП) является многофакторным, постепенно прогрессирующим нейродегенеративным заболеванием. Выделяют классическую триаду симптомов паркинсонизма: брадикинезию (облигатный признак, определяющий диагноз); экстрапирамидную мышечную ригидность; тремор покоя. Ведущую роль в развитии паркинсонизма играет прогрессивная дегенерация дофаминовых нейронов (ДА-н) как в substantia nigra, так и на периферии. Основной проблемой исследования БП является невозможность выявления заболевания на доклинической стадии. В экспериментальной неврологии существует целый ряд частных моделей БП, которые воспроизводят лишь отдельные звенья генетических нарушений и/или патологического процесса. Так, например, клеточные модели БП подходят для изучения молекулярных и генетических механизмов развития заболевания *in vitro*, т.е. при отсутствии влияния организма и факторов среды. Исследования *in vivo* на *C. elegans* и *D. melanogaster* позволяют провести быстрый предварительный скрининг фармакологических и генетических подходов к терапии БП. Их преимуществом является идентификация эволюционно консервативных патогенетических путей, однако желательным является выяснение, насколько выявленные механизмы адекватны описанным в клинике БП. Одной из широко известных мышинных моделей является нейротоксическая (селективная гибель ДА-н при введении мышам нейротоксинов). Модели такого рода используются для тестирования новых подходов и/или препаратов для лечения БП. Однако, к сожалению, ни один из испытанных таким образом препаратов не оказался эффективным в клинике БП. Генноинженерные модели (трансгенные и нокаутные линии/стоки мышей), как оказалось, не воспроизводят ключевой признак БП – прогрессивную потерю ДА-н, хотя и позволяют изучать компенсаторные механизмы, предотвращающие потерю ДА-н. По-видимому, идеальной мышинной модели БП пока не описано.

Ранее мы продемонстрировали, что мыши авторской инбредной линии СВРВ при конвенциональном содержании по мере старения естественным образом воспроизводят клинические, иммунологические и патоморфологические признаки экземы человека, осложненной условно-патогенной микрофлорой. Было показано, что у

мышей CBRB, достигших возраста 80 недель и более, постепенно развивается классическая триада симптомов паркинсонизма. Анализ субпопуляционного состава лимфоцитов показал существенное превышение NKT, NKT/NK и Treg в лимфатических узлах мышей по сравнению со здоровым контролем по мере развития хронических воспалительных процессов в коже задолго до проявления симптомов БП. Выявленные функциональные нарушения иммунорегуляторных звеньев ИС мыши, аналогичные таковым у пациентов с БП, позволяют предположить аутоиммунную природу развития паркинсонизма. Вышеизложенное дает основание полагать, что предложенная нами общая модель CBRB близка к БП человека. В отличие от частной, общая модель должна воспроизводить и симптомы заболевания, и последовательные функциональные и патоморфологические расстройства в зависимости от генотипа, возраста пациента и факторов среды. В настоящее время мы проводим патоморфологические исследования по выявлению особенностей нейродегенеративных процессов в головном мозге и в периферической нервной системе мышей.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ АНАЛИЗА СЕМИОТИКИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Одинак М.М., Прокудин М.Ю., Скиба Я.Б., Моисеева А.М., Дыскин Д.Е., Косарева Т.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность: Оценка клинической семиотики epileptических припадков является важным элементом диагностики эпилепсии, а также остается значимым элементом прехирургической подготовки больных данным заболеванием (Одинак М.М. с соавт., 2013; Luders Н.О., 2009). Между тем, информативность данного анализа и латерализационное значение отдельных симптомов припадка весьма различны в зависимости от локализации эпилептогенного очага.

Цель исследования: оценить информативность анализа семиотики epileptических припадков и выявить наиболее ценные признаки латерализации эпилептогенного очага у пациентов с симптоматической медиальной височной и лобной эпилепсией.

Материалы и методы: Анализировали клиническую семиотику epileptических припадков у 43 пациентов с симптоматической парциальной эпилепсией: среди них 22 пациента имели медиальную височную эпилепсию, а у 21 пациента была диагностирована лобная эпилепсия. При определении формы эпилепсии локализацию ЭО принимали как прилежащую к структурному повреждению вещества головного мозга при условии выявления локализации ЭЭГ-паттернов начала припадка в этой же области. Критерием включения в исследование явилась регистрация одного и более epileptического припадка в ходе выполнения ЭЭГ-видеомониторинга. ЭЭГ-видеомониторинг выполнялся на аппарате «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» (Россия). Зарегистрированным односторонним или асимметричным моторным симптомам в структуре фазы вторичной генерализации парциальных припадков давали латерализационное значение (ипсилатерально, контралатерально) относительно полушария, в котором определялось эпилептогенное повреждение. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0 StatSoftInc.

Результаты и их обсуждение: Частота случаев корректной латерализации эпилептогенного очага статистически незначимо преобладала у пациентов с медиальной височной эпилепсией (81,8%, n=18; p>0,05, F-тест Фишера) в сравнении с пациентами с лобной формой заболевания (71,4%; n=15). В группе пациентов с медиальной височной эпилепсией наиболее ценными признаками ипсилатеральной латерализации эпилептогенного очага оказались односторонний кистевой автоматизм (81,8%) и неверсивный поворот головы (88,9%), а контралатерального расположения эпилептогенного очага – односторонняя дистоническая установка кисти (85,7%). В группе пациентов с лобной эпилепсией наиболее ценными оказались контралатеральные симптомы: фокальные клонические моторные припадки (100%), постприступный паралич Тодда (100%), асимметричная тоническая поза в виде цифры «4» (100%, при этом определяли латерализацию согнутого локтя в структуре данной позы) и версивный поворот головы (85,8%).

Выводы: Таким образом, информативность анализа семиотики epileptических припадков незначимо преобладала у пациентов с медиальной височной эпилепсией (81,8%), а наиболее ценными признаками латерализации оказался ряд симптомов в структуре сложных парциальных припадков. У пациентов с лобной эпилепсией, наряду с меньшей информативностью анализа проявлений припадка (71,4%), наиболее информативными оказались простые парциальные моторные припадки и ряд симптомов в структуре вторично генерализованных тонико-клонических припадков.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИКТАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭЭГ-ВИДЕОМОНИТОРИНГА

Одинак М.М., Дыскин Д.Е., Прокудин М.Ю., Базилевич С.Н., Моисеева А.М.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Эпилепсия – яркий, но не единственный пример пароксизмального неврологического состояния. Большинство из них по своим внешним проявлениям напоминают эпилептические приступы, в связи с чем от 20 до 25% пациентов с фармакорезистентным течением эпилепсии вовсе ею не страдают. Затрудняет постановку диагноза отсутствие визуальных данных самого приступа, наличие положительного эффекта от лечения антиэпилептическими препаратами многих неэпилептических состояний.

Цель исследования: на основании регистрации и анализа иктальных событий выделить отдельные клинические проявления позволяющие провести дифференциальный диагноз между эпилептическими приступами и неэпилептическими пароксизмальными нарушениями.

Материалы и методы: В соответствии с поставленными задачами в группу вошли 37 пациентов с пароксизмальными нарушениями в возрасте 23±7 лет. Всем больным выполнен многосуточный ЭЭГ-видеомониторинг с регистрацией иктальных событий, в ряде случаев проводилась провоцирующая проба с плацебо.

Результаты и их обсуждение: На момент осмотра диагноз эпилепсия был установлен у 32 (86,5%) пациентов, в 5-ти случаях обращение было первичным. На основании полученных результатов эпилепсия была подтверждена в 14 (37,8%) и впервые установлена в 2-х (5,4%) случаях. У 7-ми (18,9%) пациентов приступы сочетались с псевдоэпилептическими. У 14-ти (37,8%) пароксизмы носили неэпилептический характер. Информативность пробы с плацебо при истерических приступах достигала 90%.

Наибольший интерес представлял случай пароксизмальной кинезиогенной дистонии (интенционная судорога Рюльфа), которая клинически характеризовалась возникновением пароксизма при резком движении, вовлечением различных областей тела, возможностью прерывания в ответ на болевое раздражение, наличием латентного периода. Положительный ответ на терапию антиэпилептическими препаратами, наличие марша послужил причиной ошибочного диагноза эпилепсия в анамнезе. Непроизвольные движения глазных яблок наблюдались как при миколонии век с абсансами в структуре приступа, так и при генерализованном тиккозном гиперкинезе. В последнем случае насильственное движение глазных яблок были направлены вверх или в стороны.

Выводы: Таким образом, анализ клинических проявлений имеет первостепенное значение. Визуальный анализ пароксизма позволяет предположить его генез в 60% случаев, классифицировать его, предположить локализацию и латерализацию эпилептогенного очага при эпилепсии.

К ВОПРОСУ О ПЕРСПЕКТИВАХ ТЕРАПИИ АУТОЛОГИЧНЫМИ IL-10-МОДИФИЦИРОВАННЫМИ ДЕНДРИТНЫМИ КЛЕТКАМИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Одинак М.М., Бисага Г.Н., Чирский В.С., Балдуева И.А., Нехаева Т.Л.,
Калинина Н.М., Давыдова Н.И.

ВМедА им. С.М. Кирова, НИИО им. Н.Н. Петрова, ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург

Введение: Современная терапия рассеянного склероза (РС) не позволяет (и даже не ставит перед собой такую цель) излечить РС, а лишь тормозит, или приостанавливает его развитие, т.к. является патогенетической. Гипотетическое этиологическое лечение, если считать этиологией РС (ввиду отсутствия доказанных инфекционных и генетических причин заболевания) сбой в распознавании «свой-чужой» иммунной системы, возможно, лишь при воздействии на иммунные механизмы распознавания антигенов. Ведущим звеном такого механизма в настоящее время рассматривают нарушения в работе дендритных клеток (ДК) – профессиональных антиген-презентирующих клеток. Изучаемые в последние десятилетия методы, изменяющие чувствительность и реактивность ДК к чужеродным и собственным антигенам, позволили подойти к решению проблемы создания как индивидуальной вакцины против опухолей, которая уже успешно применяется, так и «антивакцины» против собственных антигенов. В идеале своевременная диагностика сбоя в работе ДК с последующей точной их настройкой должна позволить на самом начальном этапе заболевания остановить весь каскад аутоиммунных воспалительных реакций и тем самым остановить развитие РС, ликвидировав механизмы его запуска. «Антивакцина» к собственным антигенам мозга теоретически может помочь решить казалось бы нерешаемую проблему – вылечить РС.

Цель исследования: оценить безопасность, переносимость, иммунологическую и клиническую эффективность повторных курсов терапии аутологичными IL-10-модифицированными дендритными клетками (AIL-10-МДК) больных с РС.

Материалы и методы: В пилотное исследование было включено 3 больных с определенным по критериям McDonald (2005, 2010) диагнозом РС (1 – с рецидивирующе-ремиттирующим течением (РР), 1 – с вторично-прогрессирующим с обострениями течением (ВПСО), 1 – с вторично-прогрессирующим без обострений (ВПБО) течением). AIL-10-МДК выращивали *ex vivo* из моноцитов периферической крови в присутствии GM-CSF и IL-4 в течение 5 дней, затем модифицировали с помощью IL-10 с 5-го по 7-й день (Link H., 2004). AIL-10-МДК(CD11c⁺HLA-DR⁺CD1a⁺CD83⁺CD80⁺) вводили 4-6 раз внутривенно паравerteбрально с 1-2-х месячным интервалом. Двум больным по их желанию курс терапии был дважды повторен, одному через 2 года и 10 мес. и через 3,5 мес., другому через 5 мес. и через 2 года и 5 мес.

Результаты и их обсуждение: Полученный опыт терапии больных с РС AIL-10-МДК позволяет сделать ряд важных выводов. Введение под кожу в область спины AIL-10-МДК в дозе 3×10^6 безопасно и не вызывает каких-либо побочных реакций у больных с РС. Терапия AIL-10-МДК может дать отчетливый клинический эффект при наличии воспаления. В нашем исследовании у двух (с РР и ВПСО течением) пациентов с РС отмечено снижение степени тяжести по EDSS. Клинический эффект от проведенной терапии AIL-10-МДК связан с изменением иммунологического статуса, в первую очередь, с увеличением содержания Т-регуляторных клеток, подтверждая их роль в механизмах иммунокоррекции РС. Со временем (примерно через полгода) клинический и иммунологический эффекты от терапии ДК нивелируется (к исходным значениям возвращаются большинство показателей клеточного и гуморального звеньев иммунного ответа – CD3⁺, CD4⁺, CD3⁺CD8⁺, CD4⁺CD8⁺, CD3⁺CD16⁺, CD3⁺CD8⁺, CD19⁺, IgA, антител к ОБМ IgM). Возможны повторные курсы терапии AIL-10-МДК, однако они дают менее выраженный клинический эффект. Необходимо совершенствование методологии клеточной терапии больных с РС, одним из направлений которой могла бы стать индукция иммунотолерантности непосредственно к антигенам, запускающим повреждение головного мозга у больных с РС.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ С ПОЗИЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Одинцова Г.В., Чугунова А.А., Вильчик И.А.

РНХИ им. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург

Цель исследования: определить спектр актуальных репродуктивных проблем женской эпилепсии

Материалы и методы: проведен анализ отечественных и зарубежных литературных данных по публикациям последних 5 лет. Приведены данные собственного проспективного наблюдательного неконтролируемого исследования по изучению побочных эффектов антиэпилептических препаратов (АЭП) на репродуктивное здоровье у 155 женщин в возрасте 16-45 лет. Критерием включения являлся верифицированный диагноз эпилепсии в соответствии с классификацией ILAE. Пациенты были разделены на 3 группы по репродуктивному возрасту. 1 гр. – ранний- 16-19 лет. 2 гр. – оптимальный – 20-29 лет. 3 гр. – поздний – старше 30 лет. Исследованы демографические показатели, распространенность, структура репродуктивных эндокринных нарушений при лечении АЭП. Клинические данные обрабатывались с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.5).

Результаты и их обсуждение: Репродуктивное здоровье при женской эпилепсии объединяет две важные темы медицины. Эпилепсия – одно из ведущих неврологических заболеваний. Проблема репродуктивного здоровья вышла за рамки чисто медицинской проблемы во всем мире в связи с резко обострившейся в последние годы проблемой воспроизводства населения. Однако гинекологи не знают особенностей влияния АЭП на половые гормоны. У неврологов нет настороженности в отношении репродуктивных осложнений АЭП. Новые АЭП в дозах выше средних влияют на уровень половых гормонов, ферментиндуцирующие АЭП снижают эффективность контрацептивов, эстрогенный компонент контрацептивов снижает концентрацию ламотриджина, повышение тиреотропного гормона сопровождается гиперпролактинемией и гипозэстрогенией. Знание о лекарственно-гормональных взаимодействиях важно, постольку в когорте преобладали женщины 2 гр. – 61% в сравнении с 1 гр. – 17%, 3 гр. – 22%.

Репродуктивные эндокринные нарушения (РЭН) – частый побочный эффект АЭП. Общая частота РЭН составила 53%. Статистически значимых различий в возрастных группах не получено. РЭН в 40% обусловлены побочными эффектами АЭП, только в 13% – это коморбидные заболевания. Взаимосвязь «АЭП – РЭН» установлена по требованиям Фарманадзора. Проблемы сохранения репродуктивного здоровья отражаются на репродуктивных показателях. Суммарный коэффициент рождаемости характеризует среднее число детей, рожденных женщиной за свою жизнь. Для простого замещения поколений должен быть не ниже 2,15, в России – 1,4. Коэффициент рождаемости в когорте составил 0,3, несмотря на преобладание женщин в оптимальном репродуктивном возрасте (20-30 лет).

Выводы: Репродуктивные аспекты женской эпилепсии являются комплексной медико- социальной проблемой. Высокая частота осложнений антиэпилептической терапии на репродуктивное здоровье определяет необходимость мониторинга репродуктивного здоровья при лечении. При беременности у женщин с эпилепсией

должны использоваться антиэпилептические препараты в монотерапии и с низким тератогенным потенциалом. Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15-06-10816.

КОРРЕЛЯЦИИ ГОМОЦИСТЕИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Полушин А.Ю., Янишевский С.Н., Вознюк И.А., Полушина Н.Ю., Богданов Д.С., Анкуда К.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: выявить взаимосвязи гипергомоцистеинемии (ГГЦ) с факторами крови и сопутствующими заболеваниями у пациентов с ишемическим инсультом.

Ретроспективно проанализирована случайная выборка из 421 истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении с ишемическим инсультом. Из проанализированных историй болезни лишь у 50-ти пациентов (средний возраст $68 \pm 7,3$ лет) встречался диагноз гипергомоцистеинемия (уровень гомоцистеина в крови более 14 мкмоль/л). С помощью программы IBM SPSS Statistics 19 (компания IBM, США, 2010) выполнен статистический анализ взаимосвязей между наличием, а также конкретным уровнем гомоцистеина в плазме крови, с имевшимися у пациентов сопутствующими заболеваниями, данными инструментальных (ультразвуковых, нейровизуализационных) исследований (стено-окклюзирующие поражения, анатомические особенности сосудов; наличие, количество, объем очагов в головном мозге), клинического, биохимического анализов крови, факторами свертываемости (ФЧТВ, МНО, ПТИ, фибриноген), а также острофазовыми показателями крови (ЦИК, С-реактивный белок).

В группе пациентов со стеноокклюзирующим поражением экстракраниального уровня более 50% выявлена сильная положительная корреляционная связь между концентрацией гомоцистеина и объемом ишемического очага ($r=0,97$; $p=0,0048$). Такие пациенты, как правило, имеют более обширное поражение вещества головного мозга ($p<0,05$). Выявлена частая встречаемость (положительная корреляция) ГГЦ с ишемической болезнью сердца ($r=0,279$, $p=0,030$), множественным мелкоочаговым поражением вещества мозга ($r=0,429$, $p=0,026$). Также выявлена положительная корреляция ГГЦ с СОЭ ($r=0,297$, $p=0,022$), ЦИК ($r=0,410$, $p=0,051$), кальцием ($r=0,325$, $p=0,040$), калием ($r=0,253$, $p=0,043$). Редкая встречаемость (отрицательная корреляция) ГГЦ была выявлена у пациентов с ревматизмом ($r=-0,480$, $p=0,001$), при низкой фракции сердечного выброса ($r=-0,443$, $p=0,022$). Непараметрический корреляционный анализ с расчетом коэффициента Спирмена выявил отрицательную корреляцию между ГГЦ и дилатационной артериопатией в сосудах каротидного ($r=-0,308$, $p=0,023$) и вертебрально-базиллярного ($r=-0,307$, $p=0,025$) бассейнов. При оценке количественной составляющей ГГЦ, выявлена достоверная связь только с дилатацией в сосудах каротидного бассейна ($r=-0,268$, $p=0,043$). С остальными параметрами достоверной взаимосвязи выявлено не было.

Полученные результаты подтверждают роль гомоцистеина как дисметаболического и воспалительного маркера, что указывает на важность своевременного выявления и коррекции гипергомоцистеинемии в рамках первичной и вторичной профилактики цереброваскулярных заболеваний.

ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ ИЗВИТОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ

Полушин А.Ю., Янишевский С.Н., Вознюк И.А., Полушина Н.Ю., Богданов Д.С., Анкуда К.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

По данным литературы, наиболее вероятным сочетанием причин патологической извитости прецеребральных артерий называют «несостоятельность» коллагена и стойкую артериальную гипертензию, возникающую в молодом возрасте. Этиологическая роль артериальной гипотонии в приобретенной деформации экстракраниальных сосудов не определена.

С целью оценки частоты встречаемости извитостей артерий экстракраниального уровня у неврологических больных нами выполнен ретроспективный анализ результатов дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий 2702 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2008 г. по 2014 г. При анализе гемодинамическая значимость извитостей не учитывалась.

В результате анализа заключений дуплексного исследования были выявлены определенные закономерности. Встречаемость извитостей сосудов каротидного бассейна имела симметричную сторонность по наружным сонным ($n=2$: по 1 с обеих сторон) и позвоночным ($n=272$: 138 слева и 134 справа) артериям. Извитость общих сонных артерий (слева $n=10$, справа $n=18$) наблюдалась с правосторонним преобладанием, однако, общая частота встречаемости данной анатомической особенности не дает возможности делать серьезные предположения. В свою

очередь извитость внутренних сонных артерий выявлена в следующем соотношении: справа в 112 случаях (4,14%), слева – в 217 (8% от общего количества анализируемых случаев).

Установленная частота встречаемости извитости внутренней сонной артерии слева может объясняться анатомическими предпосылками – отхождением ее непосредственно от дуги аорты и более значимым влиянием гидродинамического воздействия.

Выборочный анализ историй болезни и опрос обследованных пациентов выявил склонность к артериальной гипотензии на момент госпитализации или наличие ее в анамнезе у 73 (22,2%) пациентов. По нашему мнению, это может указывать на вероятную связь артериальной гипотензии и развития извитостей магистральных артерий головы и шеи, проявляющуюся в виде дегенеративного процесса в мышечном слое артериальной стенки, что требует проведения дальнейших исследований.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Полякова А.В., Токарева Д.В., Лепилина А.В., Вознюк И.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Цель: Оценить эффективность комплексной нейрореабилитации с учетом реабилитационного потенциала больных в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы: Проанализированы данные 40 пациентов, проходивших лечение на отделении реабилитации для больных с заболеваниями нервной системы по поводу ОНМК – по МКБ i63.0 – i 63.9 (средний возраст $56 \pm 3,4$ лет, 24 мужчины, 16 женщин). Пациенты получали стандартную терапию с учетом патогенетического подтипа инсульта, физиотерапевтическое лечение с учетом ведущего синдрома, массаж, ЛФК, занятия с логопедом. Оценивались параметры, характеризующие состояние функций организма (тонус и сила мышц по шкалам Ашворта и Braddom соответственно, выраженность боли по ВАШ, когнитивные функции по шкале MMSE), параметры, характеризующие ежедневную активность (мобильность и уровень самообслуживания по шкале Ривермид и Бартел), параметры достижения целей реабилитации по шкале GAS. Измерения в начале курса реабилитации отражали реабилитационный профиль пациента, а последующая оценка параметров в динамике – его реабилитационный потенциал. Измерения проводились каждые 10 дней, конечной точкой считались 30 суток от начала реабилитационного лечения.

Результаты: Большинство пациентов к началу лечения имели выраженный неврологический дефицит (NIHSS $12 \pm 3,5$, Ривермид $5,6 \pm 2,1$, Бартел 45 ± 15 , Braddom для верхней конечности $3 \pm 0,9$, для нижней $3 \pm 1,2$), когнитивный дефект отсутствовал или был минимальный (MMSE от 24 до 30). При анализе значимых параметров, влияющих на реабилитационный потенциал, была отмечена тенденция более быстрого восстановления степени самообслуживания больных без когнитивных нарушений, без нарушений глубокой чувствительности, с нормальным или незначительно повышенным мышечным тонусом (0-1 балл по Ашворту). На 30-е сутки неврологический дефицит регрессировал до $6,4 \pm 2,1$ баллов, степень самообслуживания по Ривермид до $12 \pm 1,5$, Бартел до 80 ± 15 , сила по Braddom для верхней конечности выросла до $4 \pm 0,8$, нижней до $4 \pm 0,3$. На 30 сутки по шкале GAS было отмечено в среднем +1+2 балла.

Выводы: Комплексная оценка значимых параметров в динамике позволяет оценить эффективность реабилитационных мероприятий, определить ведущее направление реабилитации.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Помников В.Г., Галахова Н.И., Магомедова Н.Г., Гафурова Д.У., Махтибекова З.М.

СПБИУВЭК, Санкт-Петербург

Эффективная профилактика тяжёлых сосудистых поражений головного мозга, прежде всего инсультов, возможна только при раннем выявлении и реабилитации лиц, входящих в группу риска по этому заболеванию.

Целью исследования явилось повышение эффективности медицинской реабилитации больных в трудоспособном возрасте на амбулаторном этапе с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) и хронической ишемией мозга (ХИМ) I и II стадии на основе уточнения диагностики с помощью современных высокоинформативных методов исследований и проведения регулярной поддерживающей терапии общедоступными лекарственными препаратами.

Объектом исследования являлись 272 пациента условно разделенные на 2 группы. Первую из них составили пациенты с НПНКМ (58 человек), ХИМ I ст. (55 человек) и ХИМ II ст. (60 человек). Деление на группы осуществлялось в соответствии с общепринятыми критериями оценки степени выраженности ХИМ и особенностей клинической картины. Данная группа находилась в течение 6 лет под диспансерным наблюдением. Не менее 2 раз в год у пациентов данной группы исследовался соматический и неврологический статус, клинико-биохимический анализ крови и назначалась соответствующая терапия, направленная на профилактику возникновения или прогрессирования имеющейся сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии. Ежегодно проводилась нейровизуализация головного мозга (компьютерная или магнитно-резонансная томография) у больных с ХИМ и при НПНКМ (выборочно), электро-энцефалографическое обследование мозга, суточное мониторирование, определялись характеристики гемокоагуляции, церебральной и центральной гемодинамики (измерение ударного и минутного объемов сердца, периферического сосудистого сопротивления, ультразвуковая и транскраниальная доплерография, дуплексное сканирование сосудов мозга), проводилось нейropsихологическое тестирование. К началу наблюдения больные, включенные в данную группу, были в трудоспособном возрасте (он колебался от 38 до 53 лет в первый год включения в исследование и был обусловлен условиями работы). Все пациенты находились под наблюдением и получали курсы лечения в неврологических и терапевтических отделениях городских поликлиник за 6 летний период наблюдения, а также проходили здесь же ежегодные профилактические осмотры. Статистический анализ проводили с помощью компьютерной программы с расчетом критерия достоверности Стьюдента-Фишера для парных и непарных величин. В основу статистического анализа было положено сравнение основной и контрольной выборки или различных групп обследованных.

В результате исследования выявлено, что проведение регулярного приема общедоступных медицинских препаратов в первичном звене здравоохранения под наблюдением невролога и терапевта, соблюдение рекомендаций здорового образа жизни позволяет добиваться положительных результатов в состоянии здоровья российских граждан с высоким качеством жизни и сохраняемой трудоспособностью.

СОСУДИСТАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ

Помников В.Г., Онищенко Е.Ф., Татарханова М.Я., Абазиева Н.Л.

СПбИУВЭК, Санкт-Петербург

Широкая распространенность (около 25% среди взрослых лиц) открытого овального окна (ООО), его восприятие зачастую как варианта нормы, при одновременном накоплении данных о парадоксальной эмболии (ПЭ) и ассоциированных с ООО патологических процессах, обуславливают противоречивую трактовку медицинских и экспертных вопросов в сфере практического здравоохранения. Существует неопределенность в решении вопросов медицинской экспертизы о пригодности по состоянию здоровья к занятиям тем или иным видами спорта, некоторыми формами трудовой деятельности, службе в армии и других силовых подразделениях.

Остро стоит вопрос о значении ООО в возникновении ишемических нарушений церебрального кровообращения (транзиторных ишемических атак и ишемических инсультов), обусловленных механизмом ПЭ, у молодых лиц (в возрасте до 40-55 лет). С профилактических и медико-экспертных позиций принципиально важно своевременное выявление не просто ООО, а им вызываемой готовности к парадоксальной эмболии (ГПЭ). ГПЭ – совокупность условий, способных привести к возникновению парадоксальной эмболии вследствие эмболозначимого правого левого шунта крови, как правило, возникающего при наличии ООО.

С целью уточнения роли ООО и ГПЭ в возникновении церебральной сосудистой патологии нами обследовано (при их согласии) 28 здоровых лиц (призывники без шума сердца), 260 пациентов с различной патологией и 256 лиц с некоторыми особыми состояниями сердечно-сосудистой системы.

Помимо основных клинических исследований, определяемых основной патологией, для выявления ГПЭ всем пациентам выполнялась пролонгированная инфузионная контрастная эхокардиография (ПИКЭ) с раствором перекиси водорода в сочетании со стресс-тестовым комплексом, включающим пробу Вальсальвы, кашлевой тест, тест с инспираторным напряжением и нитроглицериновой пробой. ПИКЭ является основным методом диагностики ГПЭ, так как обеспечивает имитационное моделирование ПЭ. В качестве основного метода диагностики ООО как анатомической формы межпредсердной перегородки использовали чреспищеводную эхо-кардиографию, позволяющую с наибольшей точностью и относительно небольшой инвазивностью изучать состояние внутрисердечных структур.

Данные исследования показали, что высокая частота обнаружения ГПЭ в первую очередь характерна для заболеваний, протекающих с симптоматикой церебральной дисфункции. В частности, у больных функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, имеющих обморочные состояния, ГПЭ обнаружена в 31,6% случаев, у больных криптогенными (неясной этиологии) инсультами – в 34,9% случаев, у больных транзиторными ишемическими атаками – в 25,5% случаев, у пациентов с пролапсом митрального клапана, сопровождающимся обморочными состояниями, – в 27,0% случаев. Отмеченные показатели заметно выше, чем у практически здоровых

лиц (призывников без невинного шума сердца) – 7,1% случаев. Целесообразны дальнейшие исследования в данном направлении для уточнения возможных механизмов участия ООО в возникновении церебральной сосудистой патологии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТИКОЛИНОМ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Потапов В.П.

ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, Москва

В лечении пациентов психиатрической больницы значительную роль играет коррекция имеющихся когнитивных нарушений (КН). Основными этиологическими факторами КН у больных психиатрических стационаров являются: болезнь Альцгеймера, сосудистые когнитивные нарушения и их сочетание; токсические и травматические поражения нервной системы.

В терапии имеющихся КН у пациентов психиатрических стационаров традиционно используют ноотропные препараты холинергического (галантамин, донепезил, ривастигмин) и антиглутаматергического (мемантин) действия. При цереброваскулярной патологии (инсульты, сосудистая деменция) получены хорошие результаты при применении цитиколина.

Положительное влияние цитиколина при КН связывают с усилением активности холинергической системы, синтезом и увеличением количества дофамина и норадреналина в соответствующих участках головного мозга, стабилизацией клеточных мембран, улучшением обмена глюкозы в нейронах (Левин О.С., 2012)

Цель исследования: изучение влияния препарата цитиколин (цераксон) на когнитивные функции пациентов геронтологических отделений.

Этапы исследования: 1) Предварительное тестирование – методика краткого исследования психического статуса (КШОПС), тест рисования часов, 2) Клинический осмотр неврологом, 3) Лечебные мероприятия, 4) Повторное тестирование (КШОПС, тест рисования часов), 5) Повторный осмотр неврологом.

При отборе предпочтение отдавалось пациентам с умеренными нарушениями когнитивных функций на фоне хронической ишемии головного мозга. В эту категорию включили пациентов с деменцией легкой (12 чел., по КШОПС – 20-23 баллов) и средней степени (10 чел., по КШОПС 11-19 баллов), легкими когнитивными расстройствами (ЛКР) (16 чел., по КШОПС 24-27 баллов). Средний возраст пациентов составил 74 ± 8 лет.

Всем пациентам проведен стандартный курс лечения препаратом цитиколин: 4 мл (по 500 мг) внутривенно капельно (медленно) на 200 мл физ. р-ра №5; 4 мл (по 1000 мг) внутримышечно №5; внутрь по 3 мл сиропа цераксон х 2 раза в день (утром и в обед) – 2 недели.

Результаты: У 10 (из 16) пациентов с ЛКР показатели по методике КШОПС увеличились на 3-5 баллов, улучшились результаты в тесте «Часы» (на 2-3 балла). При этом наибольшие результаты отражали улучшение ориентировки в пространстве и времени, памяти на воспроизведение предложенных слов и концентрации внимания при математических действиях (точность результатов и скорость ответов). У пациентов с легкой деменцией (12 чел.) и части с умеренными когнитивными расстройствами (12 чел.) показатели по методике КШОПС улучшились на 2-3 балла, точнее выполняли задание в тесте «Часы» (1-2 балла). В группе с деменцией средней степени тяжести положительные результаты наблюдались только в единичных случаях (2 человека), где показатели выросли на 1-2 балла по методике КШОПС. На фоне проведенной терапии препаратом цераксон заметно улучшилось общее состояние всех пациентов – увеличилась повседневная двигательная активность, снизилась зависимость от помощи персонала, частично регрессировали координаторные нарушения.

Выводы: В лечении геронтологических пациентов психиатрических стационаров целесообразно более широко применять препарат цитиколин (цераксон) как средство способствующее восстановлению когнитивных функций и двигательной активности.

ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ПРИ ВИСОЧНОЙ И ЛОБНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Прокудин М.Ю., Скиба Я.Б., Моисеева А.М., Базилевич С.Н., Искра Д.А., Блинов В.О.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность: Вербальные проявления (приступная речь, приступная афазия, остановка речи, вокализация) в структуре epileptических припадков встречаются с частотой от 14 до 40% в зависимости от формы epileptии (Lebrum Y., 1994), иногда оказываясь единственным проявлением epileptического припадка (Гузева В.В., 2004; Serafetinides E.A., Falconer M.A., 1963) или epileptического статуса (Карлов В.А., 1990). Между тем, частота

встречаемости отдельных вербальных симптомов припадка и их латерализационное значение весьма различно в зависимости от формы эпилепсии (Одинак М.М. с соавт., 2014).

Цель исследования: оценить частоту встречаемости и латерализационное значение вербальных проявлений эпилептических припадков при височной и лобной эпилепсии.

Материалы и методы: Проводили анализ семиотики эпилептических припадков у 54 пациентов с симптоматической парциальной эпилепсией: из них у 33 пациентов была диагностирована височная эпилепсия, а у 21 пациента – лобная форма заболевания. При определении формы эпилепсии локализацию ЭО принимали как прилежащую к структурному повреждению вещества головного мозга при условии выявления локализации ЭЭГ-паттернов начала припадка в этой же области. ЭЭГ-видеомониторинг выполнялся на аппарате «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» (Россия). С целью выявления вербальных феноменов в момент эпилептического припадка и в постприступный период проводили тестирование пациентов по протоколу Lebrum Y. (1994). Зарегистрированным вербальным проявлениям припадка давали латерализационное значение относительно полушария (правое/левое полушарие), в котором определялось эпилептогенное повреждение. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0 StatSoftInc.

Результаты и их обсуждение: Вербальные проявления припадка незначимо чаще регистрировались при лобной эпилепсии (42,9%, n=9; $p>0,05$, F-тест Фишера) в сравнении с группой пациентов с височной формой заболевания (36,3%, n=12), при этом характеристика выявленных симптомов различалась в зависимости от локализации эпилептогенного очага. Негативные моторные феномены преобладали в группе ЛЭ (27,2%), наиболее часто проявляясь в виде неафатического нарушения речи – остановки речи (19,1%). Вокализация также чаще наблюдалась при лобной форме заболевания (14,3%). Латерализационное значение данных симптомов было невелико, так как они возникали как при правополушарной локализации, так и при левополушарной локализации эпилептогенного очага. Для группы пациентов с височной эпилепсией было характерно преобладание позитивных вербальных феноменов (22,7%) в виде приступной речи (18,2%), которая в 80% случаев наблюдалась при локализации эпилептогенного очага в правом полушарии. Реже при данной форме заболевания наблюдалась приступная (6,1%) и постприступная афазия (12,2%), при этом данные симптомы оказались ценным признаком латерализации – регистрировались у пациентов с левополушарным расположением эпилептогенного очага (100%).

Выводы: Таким образом, вербальные проявления эпилептического припадка незначимо чаще наблюдались при лобной эпилепсии (42,9%), однако не имели важного латерализационного значения. При височной эпилепсии ценным признаком латерализации оказались приступная и постприступная афазия, наблюдавшиеся у пациентов с левополушарной локализацией эпилептогенного очага.

«АТИПИЧНЫЙ ПАРКИНСОНИЗМ» В БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Раздорская В.В., Юдина Г.К.

СарГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Введение: В России на поликлиническом этапе болезнь Паркинсона (БП) не распознается в 21% случаев наряду с гипердиагностикой ориентировочно у 30% пациентов, а 47% неврологов не осведомлены о дифференциальной диагностике заболевания. Сложившиеся реалии диктуют необходимость качественного совершенствования диагностики БП, особенно тогда когда классические двигательные нарушения ещё непостоянны или выражены слабо, а положительный отклик леводопы ещё не проявляется. При этом доклинический диагноз БП теперь может быть экспертно подтвержден у 90-100% больных инструментально – методом транскраниальной сонографии (ТКС) черной субстанции. В связи с чем нами представлены диагностически трудные случаи БП с «атипичным» синдромальным окружением.

Материалы и методы: осмотр пациентов специалистом по расстройствам движений; визуализация патоморфологических субстратов заболеваний методами МРТ (головной мозг) и ТКС (базальные ганглии).

Результаты и обсуждение: у пяти пациентов выявлен асимметричный синдром паркинсонизма с нехарактерным для БП синдромальным окружением; у всех больных ТКС выявила диагностически значимую для БП гиперэхогенность черной субстанции.

Больной Г., 54 лет – асимметричный паркинсонизм смешанной формы развивался одновременно с блефароспазмом и апраксией открывания глаз, выраженным генерализованным гипергидрозом с пароксизмальным течением, проявляя относительную резистентность к леводопе. По мере прогрессирования болезни больной стал лучше реагировать на противопаркинсонические препараты.

У больного К., 74 лет, синдром паркинсонизма легкой степени сочетался с вестибуло-мозжечковым и псевдобульбарным синдромами, умеренными когнитивными нарушениями, обусловленными выраженными очаговыми сосудистыми изменениями в головном мозге. При этом степень неврологического дефицита не соответствовала объему и локализации патоморфологического субстрата по данным МРТ.

У больной К., 38 лет, синдром билатерального паркинсонизма, не связанный с нарушением обмена меди, дебютировал в 17 лет периодическим тремором покоя в правой руке, при прогрессировании стал сочетаться с дистоническим тремором и писчим спазмом. Диагностирован ювенильный паркинсонизм.

Больной С., 60 лет, сварщик с тридцатилетним стажем – акинетико-ригидная форма симметричных проявлений паркинсонизма, возникшая через пять лет после появления панических атак. Затем присоединяется тремор покоя и появляется асимметричность симптоматики, которая купируется уже препаратами леводопы. Быстро развиваются моторные флюктуации феномена истощения дозы, лекарственные дискинезии, зрительные галлюцинации – первоначально марганцевый паркинсонизм сварщика трансформируется в болезнь Паркинсона.

Больной П., 45 лет – шизофрения с 25 лет, приём типичных нейролептиков сразу вызвал симметричный акинетико-ригидный синдром, который корригировался многие годы циклодолом. В последующем появился выраженный тремор покоя, выросла акинетико-ригидная симптоматика с преобладанием справа. У матери больного с 65 лет болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма.

Выводы: Наши результаты показывают, что ТКС – единственная оперативная возможность, позволяющая в отсутствии длительного наблюдения целевых больных надежно дифференцировать «атипичные» знаки при БП от атипичного паркинсонизма.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Рубин А.Н., Щербук Ю.А., Ляпин А.П.

СПбГУ, ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург

Повреждение твёрдой мозговой оболочки при проникающей черепно-мозговой травме (ЧМТ) является одной из частых причин возникновения гнойно-воспалительных осложнений.

Цель исследования: повышение эффективности лечения абсцессов и эмпием головного мозга у детей путем определения критериев выбора тактики лечения, объёма, сроков хирургического вмешательства и консервативной терапии.

Материалы и методы: В период 2005-2015 гг. в ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова» пролечено 89 пациентов с абсцессами и эмпиемами головного мозга и гнойными менингоэнцефалитами в возрасте от 3 мес. до 17 лет. Проникающая тяжёлая ЧМТ предшествовала развитию гнойного воспаления мозга у 11 (12,36%) пациентов. У 5 (45,45%) больных наблюдали абсцесс головного мозга, у 1 (9,09%) – эпидуральную эмпиему, у 1 (9,09%) – субдуральную эмпиему и у 4 (36,36%) – гнойный менингоэнцефалит. Все пациенты находились в тяжёлом состоянии. Диагностика включала: клинический и биохимический анализы крови и ликвора в динамике, посев крови и ликвора, КТ головного мозга с внутривенным контрастированием, ЭЭГ. Все пациенты получали эмпирическую антибактериальную терапию, сочетавшую цефалоспорины 3-го поколения или меропенем с ванкомицином или метронидазолом. При наличии КТ-признаков перифокального отёка мозга добавляли гормональную терапию дексаметазоном. Оперативное лечение больных с абсцессами и эмпиемами головного мозга проводили в экстренном порядке при дислокационном синдроме. В остальных случаях операцию проводили в отсроченном порядке, при появлении КТ-признаков поздней капсулы. При хирургическом лечении пациентов с абсцессами осуществляли иссечение абсцесса вместе с капсулой. При отсутствии выраженной капсулы применяли приточно-отточное дренирование. Пациентам с венитрикулитами проводили наружное венитрикулярное дренирование с внутривентрикулярным введением ванкомицина. В послеоперационном периоде все пациенты продолжали получать антибактериальную терапию: при абсцессах и эмпиемах – длительностью до 10-14 суток, при менингоэнцефалитах – до 3 недель, при венитрикулитах – до 6 недель.

Результаты и их обсуждение: В экстренном порядке были оперированы 3 (27,27%) пациента с венитрикулитами и 1 (9,09%) с абсцессом головного мозга с применением приточно-отточного дренирования. В отсроченном порядке были оперированы 4 (36,36%) пациента с абсцессами и 2 (18,18%) больных с эмпиемами, причём в обоих случаях эмпием в качестве источника нагноения была выявлена гемостатическая губка. Случаев рецидивирования или распространения инфекции не отмечалось. После санации ликвора всем пациентам с венитрикулитами выполнена венитрикулоперитонеостомия. Оценку результатов лечения проводили по шкале исходов Глазго. Тяжёлая инвалидизация отмечена у 3 (27,27%) пациентов, умеренная – у 3 (27,27%) больных, в 4 (36,36%) случаях наблюдали хорошее восстановление. Летальный исход отмечался в 1 (9,09%) случае. Ни у кого из пациентов возбудитель не был выявлен.

Выводы: Оптимальной тактикой хирургического лечения детей с абсцессами головного мозга является отсроченное тотальное удаление абсцесса с капсулой на фоне терапии антибиотиками широкого спектра действия. Течение и исход посттравматических гнойных менингоэнцефалитов, абсцессов и эмпием головного мозга отягощаются предшествующими внутричерепными травматическими изменениями.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Самарцев И.Н., Живолупов С.А., Рашидов Н.А., Воробьева М.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучение частоты встречаемости и структуры неврологических нарушений у пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 28 пациентов (20 женщин, 8 мужчин), средний возраст которых был $53,4 \pm 7,6$ лет, с лабораторно подтвержденным диагнозом СГ. У всех пациентов производился сбор жалоб, оценка неврологического статуса согласно общепринятой методике, исследовался общеклинический и биохимический анализ крови, проводилась электронейромиография нервов верхних и нижних конечностей. В качестве контрольной группы аналогичным образом исследовались 15 человек (8 женщин, 7 мужчин), не имеющих анамнестических сведений о каких-либо неврологических нарушениях с нормальными биохимическими параметрами ТТГ и гормонов щитовидной железы.

Результаты и их обсуждение: В структуре жалоб у 50% (n=14) пациентов основной группы отмечалась общая слабость, у 71% (n=20) боли различной локализации, в том числе диффузные мышечные, еще у 64% (n=18) периодическое онемение пальцев конечностей. В неврологическом статусе у 13 больных (46%) выявлен полиневритический синдром, а у 1 пациента (3,6%) была диагностирована компрессионно-ишемическая невропатия срединного нерва на уровне карпального канала, подтвержденная данными электронейромиографии. В общеклиническом анализе крови у 6 человек (21%) была зафиксирована гипохромная анемия легкой степени тяжести, а в биохимическом – у 4 пациентов (14%) повышение уровня КФК. Результаты электронейромиографии свидетельствовали о снижении скорости проведения нервного импульса по сенсорным волокнам преимущественно срединного и малоберцового нервов у 43% больных (n=12). В контрольной группе жалобы на боли и общую слабость предъявили 2 (13%) и 3 (20%) человека соответственно. Периодическое онемение пальцев рук и ног отметили также 3 человека (20%). Изменений в общеклиническом, биохимическом анализе крови, а также в полученных результатах электронейромиографического обследования зарегистрировано не было.

Выводы: Несмотря на то, что термин «субклинический гипотиреоз» подразумевает отсутствие каких-либо клинических проявлений, во многих исследованиях сообщается об отклонениях от нормы в различных параметрах обмена веществ и функции различных органов и систем. Результаты нашего исследования также свидетельствуют о патологическом влиянии СГ на нервную систему. Выявлены достоверные ($p < 0,05$) клинические и электронейромиографические признаки полиневропатии и невропатии, а также биохимические изменения свидетельствующие о разрушении мышечных волокон. Таким образом, СГ представляется важным фактором риска развития неврологической патологии в общей популяции.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НЕ ОПЕРИРОВАННЫХ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Семенова Т.Н., Гузанова Е.В.

Нижегородская ГМА, Нижний Новгород

Сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре смертности населения и первое среди причин инвалидности. Среди всех форм инсульта 10% составляют внутримозговые гематомы (ВГ), 4% – субарахноидальные кровоизлияния (САК) (Крылов В.В., 2011). Общая смертность от геморрагического инсульта (ГИ) превышает 40% (Flower O., Smith M., 2011).

Целью настоящей работы явилось проанализировать факторы, влияющие на результат консервативного лечения пациентов, не оперированных в остром периоде ГИ.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 118 пациентов с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями (НВЧК), поступивших в РСЦ №2 Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с 01.01.2013 по 31.12.2013 и не оперированных в остром периоде в силу различных обстоятельств.

Результаты и их обсуждение: В зависимости от исходов заболевания все неоперированные пациенты с НВЧК были разделены на две группы. Первую группу составили больные, течение болезни у которых закончилось летальным исходом в остром периоде ГИ (46 из 118 или 39%), вторую группу – выжившие больные (72 из 118 или 61%). Средний возраст больных 1 группы составил 65 ± 13 лет, 2 группы – 56 ± 14 лет. Среди пациентов 1 группы у 37 (80,5%) выявлено первичное НВЧК, частота вторичных внутричерепных гематом составила – 19,5%. При церебральной ангиографии у 3 пациентов (6,5%) была обнаружена аневризма сосудов головного мозга (АГМ), у 1 (2,2%) – артериовенозная мальформация (АВМ). У 4 пациентов (8,7%) выявлена коагулопатия различного генеза, у 1 пациента (2,2%) – узелковый полиартериит. Структура 2 группы выглядела следующим образом: у 49 паци-

ентов (68%) выявлено первичное НВЧК, у 23 больных (32%) – вторичное НВЧК, из них – АГМ диагностирована у 14 пациентов (19,4%), АВМ у 1 пациента (1,4%). Также по результатам лабораторных исследований у 1 пациента (1,4%) был выявлен менингovasкулярный сифилис, у 7 (9,7%) – коагулопатия различного генеза, в т.ч. у 1 больного – передозировка варфарином. По результатам мультиспиральной компьютерной томографии головного мозга (МСКТ ГМ) в 1 группе наиболее часто диагностировалось паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние – у 39,1% больных, субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние и ВГ наблюдались с одинаковой частотой (21,7%), доля как САК, так и субарахноидально-паренхиматозного кровоизлияния составила 6,5%. Во 2 группе преобладали пациенты с ВГ – 55,6%, у 15,3% пациентов встречалось САК, у 12,5% – паренхиматозно-вентрикулярное, у 5,5% – субарахноидально-паренхиматозное, у 4,2% – субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние. При поступлении в стационар больные 1 группы имели более низкий средний бал по шкале комы Глазго (8,7±3,2) и более тяжелое состояние по шкале инсульта (NIHSS) (19,9±7), чем больные 2 группы (13,7±1,7) и (8,9±7) соответственно.

Заключение: Таким образом, одними из факторов, влияющих на результат лечения пациентов с НВЧК, не прооперированных в острый период, являются показатели состояния больного при поступлении, такие как уровень сознания, тяжесть неврологической симптоматики, обширность повреждения по МСКТ ГМ. Также можно отметить, что у погибших в острый период ГИ, пациентов преобладала доля первичных НВЧК.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ БИОМАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Сенюпальников Е.Г., Лобачев А.В., Наумов К.М.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) комплексные, часто коморбидные заболевания (до 42%), что создает сложности при их диагностике и лечении. Актуальность исследований в этой области определяется, в первую очередь, их высокой распространенностью среди военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Так, в армии США с 2000 по 2014 г. диагностировано более 307 000 случаев ЧМТ, полученных в период боевых действий. Примерно за этот же период более чем у 103 000 американских военнослужащих диагностировано ПТСР. Кроме того, высоки и финансовые затраты на их лечение (ЧМТ – до 910 млн. долларов ежегодно, ПТСР – до 6,5 млрд. долларов в год). Трудности дифференциальной диагностики на ранних стадиях ПТСР и прогноза последствий ЧМТ подтолкнули исследования в этой области за рубежом. При этом приоритетным стал поиск «биомаркеров», позволяющих оценить риск развития заболевания, диагностировать заболевание, прогнозировать его исход и успешность лечения (Schmidt U., 2013).

Нами был проведен обзор более 30 публикаций для анализа эффективности данных исследований в США, которые проводятся уже более 20 лет. Особенно активно (с 2000 г. по 2010 г.) изучались т.н. «молекулярные» биомаркеры генного уровня (ДНК), генной экспрессии (РНК), протеины (белки и пептиды эпигеномного метилирования ДНК), эндокринные (показатели активности гипоталамо-гипофизарной системы), также использовались нейроимиджинговые/нейровизуализационные технологии и т.д. Для подтверждения диагноза легкой ЧМТ особые надежды возлагали на специфические белки нейронов и клеток нейроглии, которые проникают сквозь ГЭБ в кровь, где и определяются в малых количествах. И хотя таких белков насчитывают более десятка, только белок S100b (протеин астроцитов) с определенной долей достоверности используется при диагностике ЧМТ (Tribuzio V., Necht K., 2015). При этом исследователи признали, что ввиду своей низкой специфичности, коротких периодов жизни и ряда других объективных сложностей использование протеиновых, молекулярных маркеров на данном этапе развития науки носит вспомогательный характер, не может являться основой для дифференциального диагноза ПТСР или ЧМТ и достоверно дополнять основной – клинический – метод (Rosenfeld J.V., 2013). Тем не менее, исследования данных биомаркеров продолжаются (NYU LMC) и публикация результатов ожидается в 2016 г.

В 2014 г. установлено (TRS NA), что выявляемые с помощью функциональных методов ПЭТ/КТ изменения активности метаболизма 18F-флюородезоксиглюкозы в области гипофиза достоверно разные при ПТСР и ЧМТ (захват значительно ниже), что может служить критерием для дифференциальной диагностики.

Совсем недавно появились результаты исследования с помощью SPECT (single-photon emission computed tomography), которая позволяет оценить степень перфузии в головном мозге при ПТСР и ЧМТ. Исследователи (Raji C., 2015) утверждают, что специфичность изменений в лобных долях, поясной извилине, гиппокампе, парагиппокампальной извилине, миндалине достигает 89-90% (при ЧМТ наблюдается гипоперфузия, а при ПТСР гиперперфузия). Кроме того, опубликованы результаты исследования с граф-анализом фМРТ (пластичность связей в нейросетях). Выявлены ослабленная пластичность связей в нейрональной сети, включающей гиппокамп и префронтальную кору при ПТСР, в то время как при ЧМТ определяются ослабленные связи в сети базальные ганглии – префронтальная кора.

Таким образом, широкое использование в клинической практике биомаркеров для дифференциальной диагностики ПТСР и ЧМТ невозможно. В настоящее время исследование биомаркеров больше представляет научный интерес для понимания патологических процессов при ПТСР и ЧМТ.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Сергеева Е.Н., Чичановская Л.В., Бахарева О.Н.

Тверской ГМУ, г. Тверь

Цель исследования: оценить психологический статус, особенности течения метаболического синдрома, влияющего на хроническую ишемию мозга (ХИМ) и качество жизни женщин в период менопаузы.

Материалы и методы: В исследование были включены 257 женщин, находившихся в периоде физиологической менопаузы, 127 пациенток страдали хронической ишемией мозга 2 ст. (основная 1-ая группа). У 80 из них выявлен метаболический синдром (МС) без признаков хронической ишемии мозга (2-я группа сравнения), а у 50 пациенток при наличии признаков менопаузы отсутствовали вышеперечисленные признаки (3-ая группа). Всем больным проведено: определение в крови уровня гликемии (мм/л), холестерина (моль/л), эстрадиола (пг/мл), прогестерона (нмоль/мл), с расчетом индекса массы тела (МТ) – индекса Кетле, менопаузального индекса (МПИ) – индекса Купермана, УЗДГ брахиоцефальных артерий, выявление тревожно-депрессивных расстройств с помощью методики Спилбергера-Ханина, шкалы депрессии Бэка.

Результаты: Тревожно-депрессивные расстройства диагностируются у всех женщин в период менопаузы, выраженность их нарастает по мере прогрессирования метаболических расстройств, которые являются одним из триггерных факторов повреждения сосудов и прогрессирования ХИМ, что существенно нарушает качество жизни женщин, снижает их физическое и ролевое функционирование, ухудшает их общее и психическое здоровье, жизненную активность, эмоциональную роль.

Выводы: Наличие ХИМ у женщин на фоне возрастных изменений в женском организме снижает качество жизни по физическому и психоэмоциональному компонентам. По мере прогрессирования ХИМ и присоединения органических изменений головного мозга нарастает депрессивная симптоматика, которая, в свою очередь, является причиной социальной дезадаптации, снижения качества жизни больных, оказывает негативное влияние на течение коморбидных заболеваний, ухудшает прогноз основного заболевания.

АУТОИММУННЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ НОЗОЛОГИИ

Скулябин Д.И., Одинак М.М., Лапин С.В., Булгакова Т.В., Колчев А.И.,
Колчев С.А., Васильева Ю.А., Тотолян Н.А., Литвиненко И.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, ГорПНД №7, КИБ им. С.П. Боткина, Санкт-Петербурге

Проблема аутоиммунных энцефалитов недостаточно полно освещена в отечественной литературе.

Цель исследования: выделить и описать клинические особенности различных паранеопластических неврологических синдромов (ПаНС) среди пациентов российской популяции в г. Санкт-Петербурге.

Материалы и методы: Первоначально было отобрано 13 пациентов, из которых 9 соответствовали критериям включения. Пациенты были разделены на две группы ПаНС – энцефаломиелит (6 пациентов) и лимбический энцефалит (3 пациента). Проведен анализ возрастных и гендерных различий, неврологических и психопатологических синдромов и симптомов, данных МРТ головного мозга, лабораторных анализов, включая исследование крови на антитела к эпитопам NMDA рецептора и достоверным онконейрональным антителам.

Результаты и их обсуждение: У пациентов с энцефаломиелитом не отмечалось гендерных различий, пациенты с лимбическим энцефалитом были представлены пациентами только женского пола. Средний возраст пациентов с лимбическим энцефалитом был достоверно ниже ($29,0 \pm 5,2$ лет), чем по данным литературы ($57,8 \pm 11,8$ лет). В обеих группах выявлены с одинаковой частотой встречались аффективный синдром с дополнениями бредовой и кататонической симптоматики (33%). Среди неврологических синдромов общемозговой, псевдобульбарный, эпилептический синдромы, центральная гипертермия, нарушения кратковременной памяти встречались у пациентов с энцефаломиелитом, а пациенты с лимбическим энцефалитом были представлены эпилептическим синдромом, центральной гипертермией, нарушений кратковременной памяти. Для пациентов с энцефаломиелитом были более характерны также нарушения речи, преходящие центральные парезы, гиперкинезы, корковые нарушения чувствительности. Вегетативные расстройства представлены нарушениями дыхания с гиповентиляцией. У одно-

го пациента отмечалось количественное угнетение сознания до комы. В группе энцефаломиелита наличие анти-тел к эпитопам NMDA-рецептора выявлено у 1 пациента. У пациентов с лимбическим энцефалитом не выявлено признаков интратекального аутоиммунного воспаления и положительных результатов на маркеры аутоиммунного энцефалита. Анализ МРТ головного мозга показал отсутствие грубых структурных изменений в головном мозге и специфических МРТ- признаков у пациентов с энцефаломиелитом. У пациентов с лимбическим энцефалитом на T2- FLAIR аксиальных последовательностях на уровне среднего мозга выявлены симметричные изменения интенсивности МР-сигнала локального характера только в области гиппокампальных извилин.

Выводы: Описаны первые клинические наблюдения пациентов с аутоиммунным энцефалитом, дана их клиническая, иммунологическая и рентгенологическая характеристики.

СЛОЖНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ЛИЦА В ЛОР-КЛИНИКЕ

Тардов М.В., Заева З.О.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского, Москва

Введение: Болевые феномены у пациентов с заболеваниями ЛОР-органов – характерное явление. Диагностика цефалгий и прозопалгий нередко оказывается сложна с учетом обилия перекрывающихся рецепторных полей и анастомозирования чувствительных нервов. Такие виды болей как мигрень базилярного типа (МБТ), атипичная прозопалгия (АП) и комплексный болевой синдром лица (КБС) часто диагностируются с запаздыванием, что также затрудняет и лечение.

Целью настоящего исследования было уточнение частоты встречаемости перечисленных видов боли и «красных флажков» в их диагностике.

Материалы и методы: В НИКИО за 2013-2014 гг. обследовано 199 пациентов с жалобами на боли в области головы и лица. Основное внимание уделялось детализации анамнеза и подробному описанию характера, локализации и иррадиации боли, а также длительности существования болевого синдрома. Всем пациентам проводилось подробное неврологическое исследование; дополнительно, по показаниям: рентгенография шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография головного мозга, аудиометрия, вестибулометрия.

Результаты и их обсуждение: У 153 больных в соответствии с Международной Классификацией Болей 2-ого пересмотра были диагностированы невралгии краниальных нервов, мигрень без ауры, головные боли напряжения, цервикогенные цефалгии и болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. У 29 человек (19%) приступу головной боли предшествовала аура в виде головокружения, шума в ухе, нарушения координации, что давало возможность заподозрить МБТ. Однако детализация анамнеза в 24 случаях позволила связать начало заболевания с кранио-цервикальной травмой или дебютом миофасциального синдрома шейного уровня. Диагностирована шейная мигрень, и лишь у 5 человек (2,5%) диагностирована истинная МБТ. У 6 пациентов (3%) лицевые боли носили жгучий характер и распространялись в зоне, не соответствующей иннервации какой-либо одной нервной ветви – расценены как атипичные прозопалгии. У 11 больных (5,5%) отмечен своеобразный болевой феномен, развивающийся после операции у пациентов с персистирующими или испытанными в прошлом болями в области головы, лица и краниовертебрального перехода. Боли разнообразного типа обеспечиваются обильными анастомотическими связями между системами различных краниальных чувствительных нервов и «мигрируют» из одной системы в другую, создавая видимость одновременного наличия нескольких алгических синдромов.

Заключение: По нашим данным, некоторые из краниофациальных синдромов, таких как МБТ или АП, в структуре болевых феноменов ЛОР-клиники встречаются достаточно часто (~2-3% от всех цефалгий). Кроме того, у 5,5% пациентов ЛОР-профиля с головной и/или лицевой болью, особенно после операций, приходится столкнуться с КБС. Скрупулезный сбор анамнеза и выяснение жалоб позволяют установить правильный диагноз и назначить адекватную терапию.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ РУКИ ПРИ ТЕМЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Тихомиров Г.В., Борисов В.Ю., Григорьева В.Н., Калинина С.Я.

Нижегородская ГМА, Нижний Новгород

Введение: Дисфункция руки при инсультах значительно снижает качество жизни пациентов. Представлены исследования, изучающие связь дисфункции руки и локализации очага острой ишемии по данным КТ, однако нарушение функции руки при заинтересованности теменной доли в ишемическом очаге изучены недостаточно. Между тем, в исследованиях получены данные в пользу важной роли теменной коры в процессе захватывания

предметов. Изучение взаимосвязи теменной локализации очага ишемии и степени дисфункции руки может способствовать более точной оценке тяжести состояния пациента и возможно более раннему началу реабилитации.

Цель работы: исследование особенностей нарушения функции руки при локализации очага в теменной доле в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы: Наблюдали 31 пациента в остром периоде ишемического инсульта (16 мужчин, 15 женщин; средний возраст $65,1 \pm 10,0$ лет). Всем больным проведён неврологический осмотр, исследование мышечной силы руки по Скандинавской Шкале Инсульта, праксиса по тесту TULIA, чувствительности в тесте лёгкого прикосновения. Оценка функции руки в целом проводилась с помощью ARAT. Критерием дисфункции руки являлось снижение показателя ARAT ниже 51 балла или наличие жалоб на снижение владения верхней конечностью. Всем больным также проведена МСКТ или МРТ головного мозга.

Результаты и их обсуждение: По данным КТ/МРТ выделено 2 группы больных: 1 группа – больные с локализацией очага в теменной доле (17 из 31 больного или 55%); 2 группа – пациенты с иной локализацией очага (14 из 31 больного или 45%). Нарушения функции руки отмечены у 28 из 31 больного (90%). Структура дисфункции руки в 1 группе: парезы/параличи отмечены в 82% случаев; апраксии – в 18% случаев. В 47% случаев дисфункция сопровождалась легкими нарушениями чувствительности. Среди парезов/параличей умеренные парезы (3-4 балла) встречались в 69,9% случаев, тяжёлые (0-2 балла) – в 30,1% случаев. Во 2 группе парезы выявлены у 70% больных, апраксии – у 30%. У 20% пациентов дисфункция сопровождалась лёгкими нарушениями чувствительности. Среди больных 2 группы наблюдались только умеренные парезы. Среди больных 1 группы парезы/параличи встречаются статистически значимо чаще, чем среди больных 2 группы ($p < 0,05$). Отличий в частоте апраксий между группами не установлено ($p = 0,817$). Нарушения чувствительности в 1 группе встречались достоверно чаще, чем во 2 ($p = 0,039$). Встречаемость тяжёлых парезов/параличей достоверно выше в 1 группе ($p < 0,05$). Баллы ARAT в 1 группе достоверно ниже, чем во второй ($p = 0,04$).

Заключение: Более низкие значения ARAT при вовлечении теменной доли в очаг острой ишемии объясняются поражением мотонейронов передней части теменной коры и нейронов задней части теменной коры, ответственных за захватывание предметов, а также кортикоспинального тракта. Незначительное различие частоты встречаемости апраксии в двух группах, согласуется с данными о возникновении апраксий при поражении не только теменной, но также лобной и височной коры. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 13-14-12063 офи_м.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Токарева Д.В., Вознюк И.А., Полякова А.В.

СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Реабилитация больных с ОНМК актуальна и востребована, что обусловлено крайне высокой частотой развития тяжелых инвалидизирующих последствий. Длительный период практика применения реабилитационных мероприятий для этих больных основывалась на устаревших рекомендациях и ограничениях, регламентировавших отсроченное применение методов физиотерапии, ЛФК и других факторов воздействия, часто исключая возможность применения стимулирующих методик.

В специальной литературе последних 10-15 лет широко обсуждается вопрос о пользе раннего начала реабилитационного лечения с применением дифференцированного подхода. Центральным звеном нового подхода является клинично-инструментальная оценка реабилитационного потенциала с определением центрального инвалидизирующего симптомокомплекса и построение программы индивидуального воздействия с целью компенсации структурных и функциональных расстройств. Нейропластичность, лежащая в основе реорганизации кортикальных отделов и увеличения эффективности других сохранных структур, активизируется при включении альтернативных нисходящих путей на фоне функциональной стимуляции.

Главным инвалидизирующим симптомокомплексом являются нарушения двигательной активности и утрата речи, поэтому в большинство программ восстановительного лечения внедрены двигательная гимнастика, кинезотерапия, биоуправление, избирательный и точечный массаж, электростимуляция нервно-мышечного аппарата.

В настоящее время одним из наиболее перспективных методов лечения пациентов после инсульта является транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), применение которой способствует адресной активации функционально заблокированных двигательных (речевых) нейрональных комплексов парацентральной коры. В базе доказательных исследований имеются более 150 публикаций по эффективности применения ритмической транскраниальной магнитной стимуляции у пациентов с инсультами.

Опыт использования ТМС позволяет утверждать, что систематическая курсовая стимуляция способна создать предпосылки для формирования новых синаптических связей, устранить патологическое торможение или ирритацию в ишемизированных корковых областях. Клинически позитивный эффект проявляется компенсацией тонических расстройств, уменьшением спастичности, расширением объема движений.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СО СПАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Трегубова И.Н., Новикова О.А, Аполинарьева О.В., Танков Д.В, Коваленко П.А.,
Семенов А.В., Лученков В.В., Жбрыкунова Т.В, Комолова Л.Ю.

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель исследования: целесообразность применения методов инструментальной диагностики для введения ботулотоксина.

Материалы и методы: Нами были исследованы 20 пациентов в возрасте от 28 до 65 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, травматическое поражение ЦНС и развитием двигательных нарушений с мышечной спастичностью. У 16 пациентов были выявлены мышечные контрактуры, за счет тонического повышения сгибателей, у троих одновременно отмечалось сочетание сгибательных и разгибательных миогенных контрактур. Для оценки мышечного тонуса использовалась модифицированная шкала спастичности Эшворт. У 14 пациентов фиксировалась третья степень спастичности (1 группа), у 6 пациентов – четвертая степень (2 группа), у последних были выполнены рентгенологические методы исследования суставов для исключения костных изменений. Введение ботулотоксина осуществлялось под контролем портативного миографа «Синапсис Мист». Всем пациентам препарат вводился впервые, после положительного пробного теста на чувствительность.

Результаты и их обсуждение: Доза ботулотоксина типа А у пациентов 1 группы не превышала средних рекомендуемых стандартных доз, у четверых пациентов 2 группы положительный эффект был отмечен на максимальных дозах, и только у двоих зафиксирован минимальный положительный результат. Учитывая астеническое телосложение пациентов, близкое расположение мышц, особенно на предплечье, для исключения технических погрешностей введения препарата, было осуществлено повторное введение под контролем УЗИ. Выраженных морфологических изменений структур пораженных мышц, по данным УЗИ не было отмечено. Однако, и после повторного введения видимого положительного результата не было отмечено. В поисках причин была выполнена ЭМГ (стимуляционная и игольчатая). При стимуляционной ЭМГ регистрировалось значительное снижение амплитуд М-ответов с мышц передних и задних групп пораженной конечности, скоростные показатели оставались в пределах нормативных значений. При игольчатой ЭМГ зарегистрирован разреженный интерференционный паттерн с небольшим количеством низкоамплитудных ПДЕ уменьшенной длительности. Данные изменения были интерпретированы, как дегенеративные изменения в мышцах, с уменьшением количества мышечных волокон и в связи с этим минимальным ответом на введение ботулотоксина.

Выводы: Применение ЭМГ позволяет избежать технических погрешностей введения препарата. У пациентов с высокой степенью спастичности по шкале Эшворт, целесообразно выполнение игольчатой и стимуляционной ЭМГ для оценки степени перерождения мышц и целесообразности применения ботулинотерапии.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Федорова Н.В.

РМАПО, Москва

Приверженность к терапии (комплаентность) больных болезнью Паркинсона (БП) существенно влияет на контроль основных симптомов, течение заболевания, количество декомпенсаций. Прием как низких, так и высоких доз дофаминергических препаратов может вызывать моторные флуктуации и лекарственные дистонии и дискинезии; прием неадекватной терапии может увеличивать риск падений, застываний, необходимость госпитализаций пациентов в стационар. В некоторых случаях самостоятельная отмена больным БП лекарственных препаратов может привести к тяжелому осложнению с высокой смертностью – акинетическому кризу.

Нарушение комплаентности проявляются приемом некорректной дозы препаратов, приемом их в неправильное время, пропусками в приеме, отмене препаратов и приемом пациентом большего количества препарата, чем рекомендовано. Одним из проявлений низкой приверженности к терапии при БП является дофаминовый дисрегуляторный синдром (ДДС) с развитием поведенческих нарушений. Пациенты с ДДС требуют назначения все больших доз дофаминергических средств, несмотря на рекомендации врача; подобный прием медикаментов приводит к появлению леводопа-зависимости и развитию деструктивных поведенческих проблем.

Объективные и субъективные методы оценки комплаентности больных при БП дают противоречивые результаты. Существуют общие предикторы низкой приверженности к терапии при различных заболеваниях: наличие психологических проблем, особенно депрессии, когнитивных нарушений; неадекватное наблюдение и/или рекомендации при выписке; побочные эффекты терапии; недостаточная вера больного в эффективность лечения; недостаточная информированность пациента о его заболевании; плохие отношения между медицинским персоналом и больным; наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи; сложность терапии; высокая стоимость лечения.

Увеличение комплаентности больных является важной проблемой фармакотерапии БП. Необходимость постоянного приема препаратов, неизбежность периодов титрации доз медикаментов, сложные схемы приема одновременно нескольких противопаркинсонических средств; сопутствующие заболевания у лиц пожилого возраста, наличие когнитивных и аффективных расстройств, а иногда и расстройства глотания, значительно снижают приверженность к терапии больных БП. Проведенное исследование в Великобритании и Европе выявило, что пациенты БП предпочитают однократный прием трехкратному приему препарата. Новая лекарственная форма прамипексола с контролируемым высвобождением принимается один раз в сутки. Фармакотерапевтическая эффективность прамипексола постепенного высвобождения была изучена в большом количестве мультицентровых рандомизированных двойных слепых, плацебо контролируемых исследованиях с участием большого количества пациентов на ранних и поздних стадиях.

Упрощение схемы лечения и прием однократной пролонгированной формы лекарственного препарата является конструктивным подходом к повышению комплаентности пациентов.

НАРУШЕНИЯ ИМПУЛЬСНОГО КОНТРОЛЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Федорова Н.В., Никитина А.В.

РМАПО, Москва

Дофаминергические препараты у некоторых пациентов с болезнью Паркинсона (БП) приводят к нарушению импульсного контроля (НИК). Распространенность НИК при БП значительно варьирует по данным зарубежной литературы. Это связано с использованием различных шкал для выявления НИК; с низким уровнем доверия пациента к врачу. Вероятно, в основе поведенческих расстройств, развивающихся при БП на фоне длительного приема агонистов дофаминовых рецепторов и леводопы, лежат процессы нейропластичности в вентральной и дорсальной стриарных системах, что, в свою очередь, приводит к нарушениям передачи сигналов в базальные ганглии.

Проведено собственное исследование, целью которого являлось изучение частоты и клинических особенностей нарушений импульсного контроля при БП. В проведенном исследовании степень тяжести БП определялась с помощью шкалы Хен и Яра; степень выраженности основных симптомов болезни Паркинсона – с помощью шкалы UPDRS. Выявление и оценка нарушения импульсного контроля проводились с использованием шкалы импульсивности Плутчика, а также полного и скринингового вопросников для выявления импульсивно-компульсивных нарушений при БП. Для оценки повседневной активности использовалась шкала Schwab and England; качество жизни больных БП оценивалось с помощью опросника состояния качества жизни больных БП (PDQ-39); оценка аффективных нарушений проводилась с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии и шкалы тревоги Тейлора.

Исследовано 340 больных БП, среди которых выявлено 60 (17%) пациентов с развитием поведенческих нарушений. НИК одинаково часто встречались у мужчин и женщин, средний возраст больных составил 64,86±9,59 лет. Игромания встречалась у 1% больных; компульсивный шопинг – у 4%; гиперсексуальность – у 5%; компульсивное переядение – у 6%; дофаминовый дисрегуляционный синдром – у 8%; пандинг – у 10%. У 55% больных БП встречалась комбинация различных видов НИК. НИК преимущественно (85%) развивались на фоне комбинированного приема препаратов леводопы и агонистов дофаминовых рецепторов; эквивалентная доза дофаминергических препаратов составила 1226,5±734,9 мг/сут. Нарушения импульсного контроля значительно снижали показатели качества жизни пациентов БП и их родственников, вызывали аффективные расстройства. Больным БП с НИК проводилась коррекция дофаминергической терапии, которая в большинстве случаев приводила к полному регрессу поведенческих расстройств.

Таким образом, широкий разброс частоты НИК по данным литературы указывает на «латентность» поведенческих нарушений при БП, так как больные не сообщают врачу о своих расстройствах или считают эти проявления особенностями характера. Собственный опыт и опыт зарубежных авторов показывает необходимость использования специальных шкал и опросников; бесед врача и пациента в доверительной атмосфере, опроса родственников и ухаживающих за больным. Высокая эквивалентная доза леводопы, молодой возраст являются факторами риска развития НИК у больных БП. Пациентам БП, входящим в группу риска развития НИК, должна назначаться минимально эффективная доза дофаминергических препаратов.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Фоминцева М.В., Василенко А.В., Головкин В.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение: Частота возникновения эпилептических припадков (ЭП) у больных рассеянным склерозом (РС) в среднем в 3 раза выше, чем в популяции в целом. Соответственно, вероятность внезапной смерти, несчастных случаев, провокация припадков голодом, недостаточным сном или приемом алкоголя, запрет на вождение автомобиля, испуг от припадка и повышение тревожности также чаще могут приводить к снижению качества жизни больных РС, что делает изучение эпилептических припадков при РС особенно актуальным.

Материалы и методы: У 17 больных РС с ЭП выполнялись клиничко-неврологический осмотр, электроэнцефалография (ЭЭГ), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Результаты и их обсуждение: У 16 пациентов был диагностирован ремитирующе-рецидивирующий РС (РРРС), и у 1 пациента – ремитирующе-прогредиентный РС (РПРС). У 9 пациентов ЭП появились впервые до начала РС, у 7 пациентов – после, и у 2 пациентов ЭП явился презентующим симптомом РС. У 16 пациентов ЭП в дальнейшем повторялись, у 6 пациентов отмечалась связь ЭП с клиническим обострением РС, у 15 пациентов отмечалось развитие эпилептической болезни (ЭБ) с ее прогрессированием. У 9 пациентов с ЭБ и РС отмечалось сочетание клинической картины и данных ЭЭГ в виде парциальных и/или вторично-генерализованных припадков, а также характерной очаговой пароксизмальной активности соответствующей локализации, а у 2 пациентов отмечались парциальные припадки при отсутствии очаговой пароксизмальной активности на ЭЭГ. При МРТ у всех пациентов с ЭП и РС отмечалось вовлечение субкортикальных отделов больших полушарий и белого вещества.

Заключение: ЭП более характерны для РРРС и могут обозначать дебют либо обострение РС, а в некоторых случаях – являться единственным симптомом дебюта РС. Появление ЭП при РС может иметь как симптоматический характер, так и развиваться в ЭБ, что, однако, не всегда находит отражение на ЭЭГ и потому требует особого внимания.

ТРИПЕПТИД СНИЖАЕТ АПОПТОЗ НЕЙРОНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хавинсон В.Х., Линькова Н.С., Салль Т.С., Орлова О.А.

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург

Введение: Нейродегенеративные заболевания являются одним из ведущих факторов снижения трудоспособности и качества жизни лиц старших возрастных групп. Важным звеном их патогенеза является нарушение регуляции процессов апоптоза. В Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии был разработан синтетический пептид EDR (пинеалон), обладающий нейропротекторными свойствами. Пероральное применение пинеалона у лиц различных возрастных групп с последствиями черепно-мозговой травмы способствовало улучшению кратковременной и долговременной памяти и снижению интенсивности и продолжительности головных болей.

Целью исследования явилось изучение влияния пептида EDR на экспрессию маркеров апоптоза p53, p21, p16, AIF в культурах клеток нейронов крыс при их старении *in vitro*.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились первичные культуры клеток коры головного мозга молодых (3 мес.) крыс линии Wistar. Для исследования использовали клетки 3 и 14 пассажей. 1 пассаж расценивали как «молодые», а 14 пассаж – как «старые» культуры клеток. Культуры клеток были разделены на 2 группы: контрольную – с добавлением физиологического раствора, и экспериментальную – с добавлением пептида EDR. Для иммуноцитохимического исследования использовали первичные моноклональные антитела к маркерам апоптоза p53, p21, p16, AIF и вторичные антитела. Площадь экспрессии маркеров оценивали морфометрическим методом (микроскоп Olympus FluoView 1000, программное обеспечение «Videotest Morphology 5.2»).

Результаты и их обсуждение. При добавлении в культуральную среду пептида EDR в «молодых» культурах клеток нейронов площадь экспрессии маркеров p53, p21, AIF снизилась на 26,8%, 59,8% и 42,9% соответственно по сравнению с контролем. При этом пептид EDR повышал экспрессию белка p16 в «молодых» культурах на 23,4% по сравнению с контролем. В «старых» культурах клеток нейронов под действием пептида EDR экспрессия маркеров p53, p21, p16, AIF снизилась на 31,2%, 56,3%, 18,5% и 44,9% соответственно по сравнению с контролем.

Выводы: Молекулярный механизм биологической активности пептида EDR связан с его способностью регулировать процессы апоптоза в нейронах головного мозга при их старении, снижая экспрессию транскрипционных факторов p16, p21, p53 и белка AIF.

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТАРДИВНЫМИ ДИСКИНЕЗИЯМИ

Хубларова Л.А. Захаров Д.В., Михайлов В.А.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Все экстрапирамидные синдромы, вызываемые нейролептическими препаратами, делятся на две группы по времени возникновения: ранние и поздние.

Непроизвольные движения, появляющиеся на фоне приема препаратов, способны привести к тяжелым психосоциальным последствиям у пациентов. В современном обществе эти больные подвергаются выраженной социальной дискриминации и жестоким социально-трудовым ограничениям, противоречащим их истинным возможностям. Они испытывают затруднения не только в связи со своей болезнью, но и в связи с плохой ориентацией в ней общества, что порождает постоянное чувство стыда, вины, тревоги, гнева, вызывает явление стигматизации. В настоящее время под термином «стигматизация» принято понимать выделение индивида по факту какого-либо негативного качества, в частности, того или иного заболевания, влекущего негативные последствия для страдающего им человека.

Одним из последствий длительной стигматизации может явиться депрессия и даже попытки суицида. Также вышеописанные нейролептические осложнения в несколько раз усиливают уже имеющийся феномен самостигматизации у душевнобольных пациентов. Учет влияния самостигматизации на социальную адаптацию больного позволяет увеличить точность социального прогноза, а также способствует оптимизации лечебного процесса.

Целью настоящего исследования являлось изучение самостигматизации пациентов с нейролептическими осложнениями.

Материалы и методы. Проводимое на базе нашего отделения исследование включало 35 человек (21 женщина, 14 мужчин, в возрасте от 24 до 76 лет) с верифицированным диагнозом «шизофрения», находящихся в состоянии ремиссии согласно МКБ-10, имеющих поздние нейролептические осложнения и получающих нейролептики в течение 12-216 месяцев. У всех пациентов имелись поздние нейролептические осложнения, представленные гиперкинезами в области лица, шеи. Степень стигматизации оценивалась с помощью опросника «Самостигматизации пациентов с непроизвольными гиперкинезами».

Результаты исследования. У данной категории пациентов имелся четко выраженный феномен самостигматизации. Проблемы в общении с близкими родственниками были более характерны для лиц пожилого возраста (старше 60 лет), в то время как неловкость при общении с друзьями, коллегами и неблизким окружением испытывали люди младшей возрастной категории (до 53 лет). Также непроизвольные движения мешали пациентам вести нормальный образ жизни: посещать общественные мероприятия, места культурного досуга из-за ощущения, что на них постоянно смотрят, обсуждают и осуждают их внешний вид. Лица молодого и среднего возраста испытывали дискомфорт в общении с противоположным полом, имели проблемы в сексуальной сфере. Степень стигматизации не зависела от тяжести непроизвольных движений, минимальные проявления оценивались пациентами как очень высокая степень стигматизации ($4,5 \pm 0,3$ балла)

Выводы. Все вышеперечисленные моменты осложняют течение основного заболевания, увеличивая выраженность негативных и аффективных расстройств, а также резко снижают качество жизни пациентов. Именно непроизвольные движения, а не само психическое заболевание, вызывают более выраженную социальную дезадаптацию вследствие стигматизации. Это указывает на несомненную актуальность изучения данной проблемы и необходимость к стремлению поиска новых успешных методов коррекции нейролептических осложнений.

БИОХИМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ У ЛИЦ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Хяникяйнен И.В.

Медицинский институт Петрозаводского государственного университета, г. Петрозаводск

Несмотря на интенсивное изучение мозговой гемодинамики, биохимических маркеров, генетических факторов, клинических (неврологических и психопатологических) проявлений хронической ишемии мозга (ХИМ), terra incognita остается их динамическая взаимосвязь в рамках мультидисциплинарного подхода к пониманию сущности этого социально значимого заболевания.

Целью исследования явилось выявление степени когнитивной дисфункции у больных с дебютом ХИМ в зависимости от уровня биохимических маркеров при данной патологии.

Материалы и методы: Основную группу (ОГ) составили лица организованной популяции г. Петрозаводска ($n=280$; средний возраст $53,9 \pm 8,1$ лет; гендерный индекс 1:1), имеющие клиническую картину ХИМ (общемозговые «церебральные» жалобы; нарушение высших мозговых функций; очаговая рассеянная неврологическая симптоматика), подтвержденную результатами МРТ головного мозга (сосудистые очаги – $n \leq 5$, лейкоареозис – ≤ 10

мм, атрофия мозга – $\leq 1/8$ объема полушарий) при инициальной (первой) стадии ХИМ. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц ($n=32$; средний возраст $52,4 \pm 6,5$ лет; гендерный индекс 1:1; $p > 0,05$). У исследуемых изучены некоторые лабораторные маркеры (гомоцистеин крови (анализатор ARCHITECT, Abbott, США; нормальные референсные интервалы 4,44-13,56 мкмоль/л) и нейропсихологические особенности (краткий ориентировочный тест – КОТ; нормальным результатом для изучаемой выборки считали результат КОТ более 25 б. (то есть более 25 правильных ответов, данных обследуемым за 15 минут)). Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение: Для пациентов с дебютом ХИМ выявили умеренное снижение среднего балла по КОТ до $16,36 \pm 8,51$ б. (результат теста у здоровых – $31,59 \pm 4,91$; $p < 0,05$), которое не достигало уровня выраженности деменции, что обусловлено выборкой пациентов с ХИМ на инициальной стадии. Тем не менее, умеренные додементные когнитивные нарушения лобно-подкоркового характера (ослабление памяти, внимания, познавательной активности), являются патогномичными для данной патологии. У пациентов с ХИМ I ст. при исследовании биохимических параметров крови, по сравнению со здоровыми лицами, выявили повышение уровня гомоцистеина ($19,77 \pm 6,11 / 9,55 \pm 2,64$ мкмоль/л в ОГ / КГ соответственно; $p < 0,05$). Статистический анализ выявил наличие ряда патогенетически взаимодействующих биохимически-психопатологических корреляций у больных с дебютом ХИМ (у лиц КГ подобных закономерностей не было). Так, у лиц ОГ при нарастании гипергомоцистеинемии отмечали увеличение степени выраженности когнитивной дисфункции (пациенты набирали меньшее количество баллов по КОТ) ($R = -0,66$; $p < 0,05$), что подтверждает роль гипергомоцистеинемии как независимого фактора риска атеросклеротического поражения магистральных артерий головы и когнитивной дисфункции при ХИМ.

Выводы: Для лиц с ХИМ I стадии характерна гипергомоцистеинемия, коррелирующая с незначительно выраженной когнитивной дисфункцией. Выявленные биохимические и нейропсихологические особенности больных с дебютом ХИМ целесообразно учитывать при проведении им медико-психологической реабилитации.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Чацкая А.В., Корепина О.С., Гнездицкий В.В., Танащян М.М.,
Антонова К.В., Шабалина А.А., Коновалов Р.Н.

Научный центр неврологии, Москва

Частая сопряженность цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) и метаболического синдрома (МС) ставит вопрос о необходимости изучения влияния отдельных факторов риска для предотвращения осложнений.

Цель исследования: Проанализировать влияние МС и показателей метаболизма на развитие когнитивных расстройств (КР) у больных с подостро нарастающей сосудистой патологией мозга.

Материалы и методы: Обследованы 90 пациентов с ЦВЗ (дисциркуляторная энцефалопатия, последствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения) (средний возраст 67 ± 9 лет, 23 (25%) мужчин и 67 (74%) женщин), среди них пациентов с МС было 68 человек; пациентов без МС – 22. В группе МС были выделены три подгруппы: пациенты с нормальным уровнем сахара крови – 18 человек, с наличием предиабета – 14 человек, с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) – 36 человек, средняя продолжительность СД 2 типа 9 ± 7 лет. Проводилось биохимическое исследование крови, уровня лептина, гомеостатического индекса инсулинорезистентности в программе HOMA2 calculator, гликированного гемоглобина (HbA1c), фруктозамина, суточного мониторинга АД, оценка когнитивных функций с использованием теста MoCA и когнитивных вызванных потенциалов (P300) в условиях опознания и счета значимого стимула, и с нажатием на кнопку. Анализировались латентность и амплитуда пика P3, среднее время реакции (СВР) нажатия на кнопку.

Результаты: В группе больных с МС были выявлены значимо более высокие цифры АД и более выраженное поражение белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза ($p < 0,05$). Средний балл MoCA теста в группе больных с СД 2 типа был значимо ниже, чем в группе с нормальным сахаром крови ($p < 0,05$), преобладали нарушения слухоречевой памяти и исполнительной функции. При исследовании P300 в группе с СД 2 типа в сравнении с пациентами без МС чаще отмечались нестабильные ответы, ошибки при распознавании значимого стимула, удлинение латентности и снижение амплитуды P3 ($p < 0,05$). В группе пациентов без МС установлена положительная корреляция длительности заболевания артериальной гипертензией с удлинением латентности пика P3 ($r=0,53$), снижением его амплитуды ($r=0,53$), и увеличением СВР ($r=0,60$). В группе больных с МС выявлена связь латентности P3 с HbA1c ($r=0,27$), постпрандиальной глюкозой ($r=0,31$), фруктозамином ($r=0,60$), HOMA-IR ($r=0,40$), мочевой кислотой ($r=0,31$). Амплитуда P3 имела обратную зависимость с HbA1c ($r=-0,30$). СВР коррелировало с повышением HbA1c ($r=0,34$) и глюкозой венозной крови ($r=0,28$), уровень лептина имел обратную зависимость со

снижением числа правильных нажатий на кнопку ($r=-0,34$). Таким образом, все основные параметры P300 в группе с МС имели корреляцию с показателями инсулинорезистентности и нарушением углеводного обмена.

Выводы: МС в целом ухудшает когнитивные функции, при этом более выраженные КР выявлены при наличии СД 2 типа по данным когнитивных ВП (P300) и нейропсихологического тестирования. КР у больных с ЦВЗ на фоне МС ассоциированы с более выраженным поражением белого вещества (лейкоареозом), повышением АД, некомпенсированным углеводным обменом на фоне хронической гиперинсулинемии (инсулинорезистентности). Наибольшим фактором риска развития когнитивных нарушений у больных с МС является СД 2 типа и неадекватная компенсация углеводного обмена.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Чев Л.П., Шулешова Н.В.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель исследования: улучшить диагностику тромбозов церебральных сосудов артериального и венозного русла.

Материал и методы: С 2012 г. по 2015 гг. наблюдалось 123 пациента в возрасте 19-86 лет (в среднем 52,5 лет, М:Ж=1:1), поступавших с подозрением на инсульт. Из них у 47 выявлен тромбоз церебральной артерии (ЦА) (группа 1), у 23 – церебральный венозный тромбоз и тромбоз вен сетчатки (19 и 4 пациента соответственно) (группа 2), у 53 обнаружены особенности строения сосудов мозга (группа 3). Всем больным проводился неврологический осмотр; лабораторные исследования крови. СКТ и СКТ-ангиография головного мозга выполнены 77 и 31 больным соответственно; МРТ, МРА, МРВ головного мозга выполнены 119, 92, 31 больным, соответственно; церебральная ангиография проведена 18; триплексное сканирование брахиоцефальных артерий и транскраниальная доплерография – 93 и 87 больным соответственно.

Результаты и их обсуждение: При нейровизуализации очаговые изменения были выявлены у 94 из 123 (76,4%); из них ишемические – у 82 пациентов, геморрагические – у 10, у 2 – смешанные, а у 29 больных очаговых изменений выявлено не было. Группу 1 составили больные с артериальным ишемическим инсультом (ИИ); в группе 2 ИИ наблюдался в 62,5% ($p=0,0023$), а в группе 3 ИИ развился в 77,5% случаев ($p=0,006$). Множественные артериальные ИИ обнаружены у 3 из 46 больных группы 1 (6,5%), у 1 из 5 – группы 2 (20%) и у 4 из 31 – Группы 3 (12,9%). Геморрагический инсульт был выявлен у 2 из 8 (25%) больных из группы 2 (двусторонний) и у 8 из 40 (20%) – группы 3 (односторонний). Смешанный инсульт развился у 1 из 8 (12,5%) больных из группы 2 и у 1 из 40 (2,5%) – группы 3. Перифокальный отек в острый период заболевания наблюдался у пациентов группы 1 в 3,2% ($p=0,043$), у больных группы 2 в 40% случаев, и группы 3 в 25% ($p=0,028$). При безконтрастной СКТ головного мозга в острый период ИИ, выполненной 21 больному из группы 1, 7 больным группы 2 и 22 больным группы 3, гиперденсные ЦА визуализировались в 33,3% больных группы 1 и 27,3% группы 3, а гиперденсный церебральный синус в 14,3% группы 2. Вариант развития ЦА обнаруживался значительно более часто, в 78,1% случаев (в виде гипоплазии/аплазии или трифуркации ЦА), по сравнению с вариантом развития церебральных синусов (47,2%) в виде их сужения/гипоплазии. У 37 из 86 (43%) выявлено сочетание двух или нескольких вариантов развития ЦА. У 31,6% пациентов с ЦВТ отмечалось вовлечение нескольких синусов. В позднем периоде после тромбоза реканализация венозных синусов наблюдалась в 15,8%, а реканализация артерий – в 7,1%.

Выводы: Таким образом, нейровизуализационная картина как в острый, так и в последующие периоды инсульта или острого сосудистого эпизода, может существенно дополнить представление о больном и процессах, происходящих в головном мозге. При подозрении на тромбоз церебральных сосудов необходимо исследовать не только артериальную, но и венозную церебральную систему.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕГУЛЯЦИИ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Шахнович В.А.

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

Введение: Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) в настоящее время является одной из значимых проблем клинической неврологии. У этой группы больных в большом проценте (>30%) ведущими симптомами являются нарушения памяти. Это приводит к глубокой инвалидизации пациентов с цереброваскулярной недостаточностью. Возникающее при этом изменение внутричерепного давления оказывает влияние на церебро-венозную

ортостатическую реактивность (ЦВОР), являясь одной из основных патофизиологических причин последующих внутричерепной гипертензии, гидроцефалии, атрофии мозга.

Материалы и методы: Исследование проведено у 31 больного с ДЭП. У всех пациентов выявлена высшая степень мнестических нарушений по математическим шкалам. Методом транскраниальной доплерографии регистрировали венозный кровоток в прямом синусе мозга при изменении положения тела на ортостоле от + 90° до -30°.

Результаты и их обсуждение: У больных с мнестическими нарушениями отмечаются различные степени ЦВОР. У большинства (62%) отмечается значительная гиперреактивность. Также встречается умеренная гиперреактивность (32%), и у очень небольшой группы (6%) – гипореактивность. Нормореактивность у данной группы пациентов с мнестическими нарушениями выявлена не была. Проведение комплекса метаболической терапии – как медикаментозной, так и различных видов кислородолечения – в большинстве случаев (62%) улучшало показатели ЦВОР.

Выводы: Таким образом, метод транскраниальной оценки внутричерепного давления является чувствительным индикатором оценки церебро-венозной ортостатической реактивности вышеуказанной группы больных.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МКФ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Никифоров В.В., Мельникова Е.В.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Введение: Международная классификация функционирования (МКФ) – инструмент для формулировки реабилитационного диагноза.

Цель исследования: создать электронную программу для формулировки и шифрования реабилитационного диагноза по международной классификации функционирования для пациентов с инсультом на первом этапе реабилитации.

Результаты: Создана программа «ICF-reader» для Windows для формирования реабилитационного диагноза и планирования реабилитационных мероприятий на основании международной классификации функционирования. Трудность использования МКФ заключается в непонимании истинного смысла выявленных нарушений и правильного описания их. Для практического использования придумана возможность искать домены МКФ по комментариям ВОЗ и по ключевым словам. Это позволяет перевести язык МКФ на язык неврологов и других участников мультидисциплинарной бригады. Программа позволяет формулировать диагноз по МКФ путем заполнения реабилитационных шкал. То есть переводить оценку по шкалам в оценку по МКФ. Программа также предусматривает возможность зашифровывать реабилитационный диагноз в QR-код и содержит электронный регистр реабилитационных диагнозов для оценки степени и характера инвалидности. Проведена клиническая апробация программы в условиях отделения ранней реабилитации. Использование программы позволяет сократить время формулировки реабилитационного диагноза в 4 раза.

Выводы: Создана программа для работы с реабилитационным диагнозом «ICF-reader» для Windows, которая, объединяя перевод языка МКФ и оценку по шкалам, позволяет быстро освоить МКФ практикующему специалисту в условиях реальной клинической практики и сократить время оценки в 4 раза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Шоломов И.И., Чижова К.Е.

СарГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Цель исследования: оценить динамику показателей эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) в остром периоде и у пациентов с хронической ишемией головного мозга (ХИГМ) на фоне стандартной терапии.

Материалы и методы: Обследовано 120 пациентов в возрасте от 45 до 80 лет, в 75% случаев преобладали лица старше 55 лет с подтвержденным диагнозом ИИ и ХИГМ, поступивших для лечения в неврологическое отделение ГУЗ СГКБ № 9 г. Саратова. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза, объективного обследования, включавшего обязательное проведение методов нейровизуализации (КТ/МРТ головного мозга). Все

пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от нозологической категории. В первую группу вошли 70 пациентов (58,3%) с острой формой цереброваскулярной патологии (ЦВП) – ИИ, подтвержденными данными КТ головного мозга. Вторую группу составили 50 пациентов (41,7%) с ХИГМ. В ходе исследования проводились подробный сбор жалоб и анамнестических данных, оценка неврологического статуса (по шкале NIHSS), лабораторные (исследование содержания конечных метаболитов оксида азота, эндотелина-1 в крови пациентов) и инструментальные методы обследования (КТ/МРТ головного мозга). Статистический анализ данных осуществлялся при помощи электронной таблицы Microsoft Excel с использованием программного пакета «STATISTICA 6.0».

Результаты и их обсуждение: На фоне проводимого лечения у пациентов с ХИГМ показатели ЭД претерпевали следующие изменения: уровень эндотелина-1 увеличивался в 1,48 раз, уровень оксида азота увеличивался в 1,56 раза, что свидетельствовало в большей степени на динамику вазодилаторного агента ЭД. Более информативно дисбаланс между вазоконстрикторными и вазодилаторными агентами отображают не абсолютные значения уровней эндотелина-1 и оксида азота, а соотношение их, т.е. индекс оксид азота/эндотелин-1. Прогрессирующее снижение индекса оксид азота/эндотелин-1 может быть одним из диагностических критериев стадии и типа течения заболевания. В группе пациентов с ИИ выявлена наиболее выраженная динамика индекса нитрит/эндотелин-1, что связано с наиболее выраженным нарастанием концентрации оксида азота и снижением уровня эндотелина-1 у пациентов на фоне проводимой стандартной терапии. И чем грубее у пациента неврологический дефицит, тем более выражена динамика показателей ЭД.

Выводы: Таким образом, фактором, способствующим возникновению и прогрессированию церебральной ишемии, является ЭД в виде изменения равновесия или баланса между синтезом основного фактора релаксации оксида азота и одним из мощнейших вазоконстрикторных агентов – эндотелином-1. Индекс нитрит/эндотелин-1 претерпевал изменения в ходе проводимой терапии, который варьировал в зависимости от формы ЦВП. У пациентов с хроническими формами ЦВП зафиксированы изменения показателей ЭД, а также их соотношения, но выявленные изменения не настолько выражены как в случаях с показателями ЭД при острых формах ЦВП. У пациентов с острыми формами ЦВП выявлена зависимость данного показателя от тяжести и динамики заболевания и обнаруживается относительная сопряженность степени ЭД и выраженности неврологического дефицита.

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АНАТОМИИ В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ОСНОВЕ НАВИГАЦИОННОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Щербук А.Ю., Щербук Ю.А., Ерошенко М.Е.

*Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи
(онкологический), СПбГУ, Санкт-Петербург*

Введение: Функциональные перестройки и пластические изменения в моторной зоне коры могут происходить как у пациентов с патологией головного мозга, так и у здоровых лиц. Реорганизация здоровой моторной зоны коры может появляться при получении новых навыков у музыкантов после многочисленных репетиций, а у спортсменов – в результате интенсивных тренировок. Современная уникальная технология – навигационная транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) позволяет с высокой точностью картировать моторную зону коры. Исследования последних лет доказали клиническую применимость навигационной ТМС для предоперационного картирования моторной зоны коры головного мозга, а также для одновременной оценки нарушений проводимости кортикоспинального тракта.

Цель исследования: Определение тактики лечения пациентов с опухолями головного мозга с учетом индивидуальной функциональной анатомии на основе навигационной транскраниальной магнитной стимуляции.

Материалы и методы: Исследование проводили у 62 пациентов, проходивших лечение в 2012-2015 гг. в нейрохирургическом (онкологическом) отделении ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)». Основным критерием включения являлось расположение опухолевого узла вблизи или в проекции центральных извилин. Всем больным выполняли МРТ головного мозга на сверхвысокопольном 3Т МР-томографе Magnetom Verio (Siemens, Германия) с 32-канальной головной катушкой. Данные передавали в систему навигационной ТМС Nexstim NBS eXimia (Nexstim Oy, Финляндия), с помощью которой определяли расположение моторной зоны коры.

Результаты и их обсуждение: У 13 (21,0%) больных отмечалось распространение опухоли непосредственно в моторную зону коры, у 23 (37,1%) пациентов к этой зоне прилежал задний полюс опухоли, у 10 (16,1%) – передний полюс, в 16 (25,8%) случаях было обнаружено близкое (до 10 мм) расположение опухоли к моторной зоне коры. После картирования моторной зоны коры полученные данные тщательно анализировали и решали вопрос о дальнейшей дифференцированной тактике лечения, включающей: стереотаксическую биопсию, костнопластическую трепанацию черепа с прогнозируемым объемом резекции опухоли и стереотаксическую радиохирургию.

Выводы: Навигационная ТМС является современным, неинвазивным, безопасным, истинно нейрофизиологическим методом, позволяющим еще на предоперационном этапе точно определить расположение моторной зоны коры с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, а также косвенно судить о целостности нисходящих двигательных путей. Предоперационное планирование с учетом данных навигационной транскраниальной магнитной стимуляции у больных с опухолями моторной зоны коры позволяет обосновать индивидуальный выбор оптимальной лечебной тактики.

УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРАПУЛЬСАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

Энеева М.А.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, Москва

Актуальность проблемы инсульта обусловлена его широкой распространенностью во всем мире. Одним из эффективных современных методов лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является усиленная наружная контрапульсация (УНКП). Эффективность этого безопасного неинвазивного метода основана на повышении церебрального перфузионного давления, улучшении состояния эндотелия и адаптации церебрального сосудистого сопротивления.

С целью изучения эффективности применения метода УНКП в восстановительном лечении больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ), было проведено исследование, в которое были включены 86 больных с ИИ.

Материалы и методы: Среди обследованных больных – 43 мужчины и 43 женщины в возрасте от 52-72 лет (в среднем – 65,9±8,7 лет). Срок с момента развития заболевания до включения в исследования составил 58-115 дней (в среднем – 81,6±5,6 дней). У всех больных выявлен умеренно выраженный очаговый неврологический дефицит. Все пациенты сохраняли возможность самообслуживания (значения индекса Бартель составили не менее 65 баллов) и не имели существенного когнитивного снижения (значения по шкале MMSE составили не менее 24 баллов).

Для изучения эффективности применения УНКП были сформированы три группы больных. 1-ю группу составили 37 пациентов, которые получили 17 сеансов УНКП, во 2-ю группу вошли 39 пациентов, получивших 35 сеансов УНКП. Процедуры УНКП проводились в первой половине дня 5 дней в неделю ежедневно, длительность их составляла 60 мин. В группу сравнения были включены 10 больных, получавших сравнимую с первыми двумя группами медикаментозную и немедикаментозную терапию, за исключением УНКП. При обследовании для оценки эффективности терапии использовались модифицированная шкала Ashworth, индекс Бартель, шкала MMSE, опросники HADS и САН.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного лечения у больных 1-й группы выраженность пареза и спастичности уменьшилась на 20,0% и 50,0% соответственно, во 2-й группе – на 24,3% и 69,6%, в группе сравнения – на 14,7% и 41,7% от исходных значений. Нарастание суммарного балла индекса Бартель составило в 1-й группе – 5,1%, во 2-й группе – 6,9%, в группе сравнения – 2,7%. Улучшение состояния также характеризовалось снижением выраженности проявлений депрессии и тревожности. Достоверных различий в выявленной эффективности между 1-й и 2-й группами выявлено не было. Результаты, полученные при обследовании после проведенного лечения в 1-й и 2-й группах, достоверно отличались от соответствующих показателей в группе сравнения.

Таким образом, включение в реабилитационную программу пациентов, перенесших ИИ, метода усиленной наружной контрапульсации приводит к повышению качества жизни пациента и восстановлению психоэмоционального благополучия, улучшению двигательных функций, что положительно влияет на повседневную активность пациентов и делает их менее зависимым от посторонней помощи.

АКТИВИЗАЦИЯ МАКРОФАГОВ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Янишевский С.Н., Рудая Е.Г., Онищенко Л.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В этиологии и патофизиологии ишемии головного мозга важную роль играют воспалительные факторы, которые могут проявлять себя либо в виде концентрации провоспалительных веществ в периферической крови, либо изменением активности иммунокомпетентных клеток в крови или паренхиматозном органе.

Цель работы: на секционном материале изучить патоморфологические изменения микроглиально/макрофагальной системы у пациентов с ишемическим инсультом на фоне сахарного диабета второго типа и без него.

Материалы и методы: Изучен материал головного мозга у 46 пациентов, умерших от инсульта (27 на фоне сахарного диабета 2 типа, 19 – без диабета) методами световой и электронной микроскопии. Проводились иммуногистохимические реакции с маркерами макрофагов (CD-68, HAM, CD-21, CD-23, CD-163, CD-11) изучались изменения микроглиально/макрофагальной системы препаратов головного мозга.

Результаты и их обсуждение: В исследованном нами гистологическом материале головного мозга умерших на фоне СД2 были обнаружено значительное увеличение клеток, экспрессирующих универсальный макрофагальный антиген CD-68 в пределах головного мозга. Причем эти мононуклеары располагались как периваскулярно, так и диффузно инфильтрировали ткань мозга. Надо отметить, что увеличивалось число как резидентных макрофагов, экспрессировавших рецепторы к CD-163, так и макрофагов моноцитарного ряда (экспрессировавших рецепторы CD-11, CD-21, CD-23), которые в норме не должны встречаться с ткани головного мозга. Кроме того, некоторые фенотипически микроглиальные клетки, относящиеся к макрофагам M2 типа (гистиоцитарные макрофаги), маркировались CD-11, что указывало на изменение иммунологического фенотипа с M2 на M1 (цитотоксические макрофаги)

Выводы: При ишемическом инсульте на фоне сахарного диабета 2 типа наблюдаются воспалительные изменения в ткани головного мозга, выражающиеся в активизации резидентных макрофагов и микроглии, появления в ткани цитотоксических макрофагов M1-типа из периферической крови и изменения саногенетического макрофагального фенотипа M2 на повреждающий фенотип M1.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА – НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА СМЕРТЕЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Янишевский С.Н., Мирная Д.А., Коломенцев С.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение: Сахарный диабет 2 типа является фактором риска развития инсульта. Тем не менее, прогноз развития летального исхода в сочетании инсульт-диабет остается до конца не изученным. Большинство исследователей указывают на негативный прогноз течения инсульта у пациента с нарушенным обменом глюкозы. Так сахарный диабет 2 типа увеличивает вероятность развития инсульта, как первичного, так и повторного в два-три раза, также различными авторами подчеркивается влияние сахарного диабета на смертность после инсульта.

Цель исследования: оценить внутригоспитальную и отсроченную (в течение 1 года) летальность у пациентов, переносящих ишемический инсульт на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы: Изучены данные 594 пациентов, находившихся на лечении в клинике нервных болезней ВМедА с 2007 по 2013 годы. Разделение на группы происходило по признаку наличия сахарного диабета 2 типа. После выписки за пациентами наблюдали в течение 1 года, промежуточные результаты оценивались через 3 и 12 месяцев. Пациенты с тромболизисом не включались в данное исследование по причине их небольшого числа и значительного воздействия тромболитической терапии на показатели оценки пациентов по шкалам. Посчитан относительный риск (ОР) летального исхода по методу Кокса. Межгрупповые сравнения проводили с использованием критерия χ^2 .

Результаты: Диабет присутствовал у 183 (30,8%) пациентов. Общая частота госпитальной смертности составила 15,6%, у пациентов с диабетом 18,1%, в группе без диабета 14,2%. Наличие диабета увеличивало частоту развития смертельных исходов в остром периоде инсульта, но в общем это было статистически не значимо ОР 1,21, (95% ДИ 0,48-3,24, $p=0,43$). Средний уровень гликемии у умерших пациентов был выше, чем у выживших (15,6 ммоль/л, по сравнению с 7,8 ммоль/л, $p=0,001$), частота смертельных исходов повышалась при гликемии более 13,5 ммоль/л (ОР 1,43, 95% ДИ 1,12-4,73, $p=0,04$). В течение 3 месяцев летальность была сравнима в обеих группах ($n=34$, 18,6% у пациентов с диабетом против $n=71$, 17,3% у пациентов без диабета, $p=0,23$). Основными причинами внегоспитальной летальности у пациентов были острый инфаркт миокарда, прогрессирующая сердечная недостаточность, инфекционные осложнения (бронхопневмония, пиелоститы, пролежни), повторные инсульты, желудочно-кишечные кровотечения. После проведения регрессионного анализа по всем пациентам, оказалось, что в течение 3 месяцев диабет незначительно увеличивает вероятность летального исхода, но статистически это оказалось незначимым (ОР 1,29, 95% ДИ 0,87-1,66, $p=0,09$). Всего к окончанию года наблюдения после перенесенного инсульта умерло 28,2% ($n=51$) пациентов, страдавших сахарным диабетом 2 типа, и 25,9% ($n=102$) пациентов без диабета. К концу года разница была статистически достоверной ($p=0,03$).

Выводы: Наличие сахарного диабета 2 типа не увеличивает достоверно смертность в течение периода инсульта и первых 3 месяцев после перенесенного ишемического инсульта. К концу первого года после инсульта число выживших пациентов с сахарным диабетом 2 типа статистически достоверно меньше, чем пациентов без диабета.

ПСИХИАТРИЯ
ВОСПОМИНАНИЯ О Л.И. СПИВАКЕ

МОИ ВОСПОМИНАНИЯ О ЛЕОНИДЕ ИВАНОВИЧЕ СПИВАКЕ

Литвинцев С.В.

У каждого творческого человека когда-то наступает возраст критического анализа им достигнутого. На каком-то этапе жизни приходит понимание, что этому во многом способствовали разные обстоятельства и разные люди, прежде всего, твои Учителя, которых ты имел счастье иметь. Ты начинаешь искренне понимать, что если бы, благодаря удачливой фортуне, не встретил таковых на своём жизненном пути, то даже при всех своих хороших природных задатках никогда не состоялся бы личностью с определённым чувством самодовольствия от сделанного в прожитые годы.

В ряду таких Учителей, к которым я испытывал, испытываю и буду испытывать всегда чувство огромной благодарности, стоит личность генерал-майора медицинской службы Леонида Ивановича Спивака – видного отечественного военного психиатра, доктора медицинских наук, профессора, лауреата Государственной премии СССР. В своих воспоминаниях перед коллегами и учениками я всегда выделяю его, поверившего в меня на заре моей деятельности как во врача и перспективного организатора, давшего мне путёвку в научную и педагогическую жизнь и сыгравшего огромную роль в самом начале моей профессиональной жизни.

Его знали и ценили корифеи советской психиатрии, принимали командующие округами и флотами Вооружённых Сил, к нему уважительно прислушивались высокопоставленные политработники, с ним поддерживали дружеские и доверительные отношения многие начальники тогдашней военной медицины.

Моё знакомство с ним до сих пор считаю исключительной удачей. Оно состоялось в 1970 году, во время моего прикомандирования к Рижскому окружному военному госпиталю для усовершенствования по психиатрии, куда он часто приезжал в качестве профессора-консультанта Учёного совета Военно-медицинской академии.

Психиатрическое отделение госпиталя тогда располагалось на территории Рижской Республиканской психиатрической больницы, возглавляемой Сочневой (Руссиновой) Сузанной Григорьевной, являвшейся одновременно и главным психиатром Латвии. Благодаря ей в Ригу приезжало много профессоров с лекциями и для консультаций больных, проводились частые обучающие выездные циклы с привлечением профессорско-преподавательского состава из всех регионов Советского Союза. Поскольку С.Г. Сочнева ещё и исключительно благожелательно относилась к военным психиатрам, это давало нам возможность тесно сотрудничать с гражданскими коллегами по всем направлениям научной и практической деятельности в психиатрии и способствовало обогащению нас специальными знаниями.

Леонида Ивановича Спивака Сузанна Григорьевна приглашала особенно часто для участия в проведении судебно-психиатрических экспертиз по сложным делам, чаще связанным с давлением органов безопасности или высоких партийных инстанций. И, надо сказать, делала она это не случайно, а обоснованно и прагматично. Судебно-экспертные заключения по таким делам у профессора Спивака выглядели всегда эффектно и убедительно, он стратегически умело учитывал все обстоятельства, как клинические, так и социальные, причём филигранно их увязывал. У него присутствовало какое-то особое чутьё на последствия принятых им экспертных и реабилитационных решений, он тонко чувствовал социальную и политическую конъюнктуру, но при этом у него получалось ещё и возможным соблюсти интересы пациента. Аналогично он поступал и при решении вопросов военно-врачебной экспертизы, нередко используя такую формулировку для заключения как «тактический диагноз». Такой подход позволял ему одновременно выстраивать грамотные и хорошие отношения как с политическим аппаратом разного уровня, так и с военным и военно-медицинским руководством. По его инициативе, мы, начинающие психиатры, нередко приглашались на эти разборы, которые были для нас настоящей экспертной школой.

Он вообще производил блестящее впечатление на окружающих своей общей высокой эрудицией, демонстрировал хорошее знание литературы, искусства, был интересным собеседником. Перед аудиторией слушателей обычно являлся молодой доктор наук (он стал им в 37 лет), внешне элегантный, подтянутый, спортивный, артистичный, с подчёркнуто изысканными манерами. Поэтому Леонид Иванович всегда находился в центре внимания, им восхищались женщины, присутствие которых только усиливало указанный рисунок поведения. Это был определённо харизматичный профессор.

Во время своих визитов в Рижскую больницу, Леонид Иванович посещал и наше военное отделение, причём не только для консультаций больных, но и для общения с нами, молодыми психиатрами, прибывшим из войск для обучения. Он живо интересовался нашей службой, учёбой, видами на перспективу. Держался он обычно внешне подчёркнуто просто, непринуждённо, тем самым располагая нас к себе и заставляя быть откровенными. Выделив кого-то, беседовал наедине, рассказывал всякие интересные поучительные истории из своей практики и одновременно своими вопросами как бы постигал для себя уровень истинной мотивации выбора профессии психиатра, чтобы в дальнейшем либо помогать в профессиональном и карьерном росте данному конкретному офицеру, либо вычеркнуть его вообще из поля своего внимания и уже его никогда не замечать, несмотря на попытки того добиться хотя бы какого-то расположения.

Однажды после такой беседы, он поручил мне доложить больного для разбора. Помню, перед этим разбором я очень волновался, часами беседовал с этим пациентом, стараясь раскрыть его переживания, разобраться в них, старательно и обстоятельно собирал анамнез и тщательно описывал статус, много и кропотливо сидел над историей болезни, перечитал всю доступную по данному случаю литературу.

Как я сейчас понимаю, всё получилось удачно. Доклад и моё суждение о больном Леониде Ивановиче вполне устроили, поскольку его оценка всему происходящему при разборе была исключительно лестная. Похоже, он получил подтверждение своему мнению о моём положительном потенциале как врача. После разбора он ещё долго говорил со мной наедине, как бы изучая, перемежая вопросы профессиональной направленности с вопросами, касающимися моей общей начитанности и знания специальной литературы. Затем выслушал обо мне отзывы коллег и предложил в период отпуска поработать на кафедре с тем, чтобы, как он сказал, дополнительно «присмотреться ко мне».

Вот так Леонид Иванович стал моим куратором по жизни и профессии на долгие годы. В периоды отпусков я не раз приезжал на кафедру, с его разрешения слушал лекции профессоров, благодаря его протекции познакомился с преподавателями, оказывающими впоследствии мне помощь и поддержку. Некоторые стали и продолжают быть моими друзьями.

Когда я стал ординатором психиатрического отделения Рижского госпиталя, отношения с Леонидом Ивановичем стали ещё ближе, мне часто поручалось встретить его при очередных приездах, сопровождать, организовывать экскурсии по городу, посещения музеев, Юрмалы с её великолепными пляжами. И, конечно, я всегда старался присутствовать на клинических разборах и судебно-психиатрических экспертизах с его участием, где мне позволялось иметь право голоса, чем я особенно гордился. Леонид Иванович предлагал мне поступать то в адъюнктуру, то в клиническую ординатуру, то на факультет руководящего состава медицинской службы, но ни того, ни другого, ни третьего не произошло, по обстоятельствам, от него, как я сейчас понимаю, не зависящим. В конечном итоге он предложил мне должность главного психиатра Забайкальского военного округа, по тем временам весьма престижную. С восторгом я принял данное предложение, тем более, что Леонид Иванович пообещал, что если я выдержу пять лет в этой должности и оправдаю его надежды, то он возьмёт меня преподавателем прямо из войск, минуя адъюнктуру. Тогда такое было редкостью.

Будучи в Забайкалье, я постоянно переписывался с Леонидом Ивановичем и, надо сказать, он всегда оперативно отвечал на мои письма, давал нужные советы, всячески поддерживал. Что импонировало в нём как в главном психиатре Министерства обороны, так это то, что он очень хорошо знал каждого главного психиатра округа и флота, к каждому относился исключительно уважительно, помогал словом, советом. Под его непосредственным руководством проводились регулярные сборы главных психиатров совместно с главными невропатологами, где представлялись интересные доклады профессорско-преподавательского состава кафедр психиатрии и нервных болезней академии, осуществлялся обмен опытом работы. Таким образом, главные специалисты округов и флотов хорошо знали друг друга и владели общей обстановкой по актуальным вопросам военной психиатрии.

Прошло пять лет моей очень интересной и полезной службы в Забайкалье. К тому времени Леонид Иванович своё слово сдержал и в 1983 году я оказался в Военно-медицинской академии в должности преподавателя кафедры психиатрии. Но, как говорится, мечты разбились об реальность и неожиданно он открылся для меня с другой стороны. К моему удивлению, профессор Спивак, генерал-майор, известный в широких научных и военных кругах человек, умело сочетающий в войсках качества уверенного организатора, авторитетного учёного и уважаемого интеллигента, в кафедральном коллективе находился в совершенно ином качестве. Обстановка на кафедре, мягко говоря, оставляла желать лучшего. Научной работы не велось. Преподавание шло в рутинном формате.

Коллектив, если его можно было так называть, состоял из двух враждебных лагерей, между которыми шла ожесточённая война за право быть лидерами. В одном, самом внушительном лагере состояли сотрудники, частью явно, частью скрыто, недовольные Л.И. Спиваком и ставящие вопрос перед командованием академии о его снятии с должности, в другом, напротив, состояли сотрудники, его всячески поддерживающие. Оппоненты Л.И. Спивака в своём стремлении достичь желаемого опирались на политорганы, те, в свою очередь, с видимым удовольствием пользовались любезно предоставляемым им компроматом, осуществляя, на мой взгляд, не что иное, как травлю начальника кафедры.

Следует заметить, что это были годы преддверия знаменитой «горбачёвской перестройки», когда под шквал бурных эмоций у части общества формировалась необходимость осуществления так называемых повсеместных «демократических» преобразований, превращающихся зачастую во вседозволенность с низвержением прежних авторитетов. Это сложное время не обошло и многие научные и научно-педагогические коллективы военных ВУЗов. Понятно, что в таких коллективах, формально армейских и как бы подчиняющихся уставным нормам и требованиям, всегда присутствует немало сложных и амбициозных творческих личностей с преимущественно творческой направленностью. Понятно, что профессиональная деятельность и потенциал таких личностей предполагает споры и дискуссии, при которых всегда заложен скрытый вектор возможного противостояния. Поэтому искусство руководителя научного, научно-педагогического коллектива со своей спецификой труда и отношений как раз и состоит в умении при разнице мнений, характеров и устремлений членов этого коллектива своевременно реагировать на угрозу создания конфликтных межличностных отношений, поддерживать созидательную, деловую психологическую атмосферу.

Как я понимаю, в это сложное время перестройки Леонид Иванович не проявил дипломатический талант, не учёл этих новых веяний «демократии», своевременно не пресёк анархические настроения части преподавателей и думаю, поэтому оказался одной из её жертв, лишившись поддержки основной части кафедрального коллектива.

Я и тогда не пытался и даже сейчас не берусь давать оценку истокам таких нездоровых отношений между ним и частью профессорско-преподавательского состава, поскольку моё появление на кафедре совпало уже с

апогеем этого затянувшегося конфликта. Вместе с тем, по отношению к Леониду Ивановичу, как мне кажется, я был честен до конца и всячески стремился оказать ему посильную поддержку, которую, к сожалению, он не всегда правильно воспринимал и принимал.

Было заметно, что Леонид Иванович очень переживал сложившуюся ситуацию, но переломить её в свою пользу он был не в состоянии. Будучи жёстким, последовательным и принципиальным руководителем в войсках, на кафедре он проявлял нерешительность и неумение при данных обстоятельствах быть её реальным начальником. В результате у него сдало здоровье, появились проблемы с сердцем, где-то в августе 1985 года он был госпитализирован в одну из терапевтических клиник. Я навещал его в этой клинике, где Леонид Иванович выглядел явно подавленным, с обидой отзывался о тех сотрудниках, которых он взял в своё время на кафедру, говорил, что они его «предали». Под давлением политорганов в период пребывания в клинике он был вынужден написать рапорт с просьбой об увольнении из Вооружённых Сил. До 60 лет ему оставалось совсем немного и, конечно, не так рассчитывал он уходить с кафедры и военной службы. Его было искренне жаль.

В свою очередь и я, посчитав своё дальнейшее пребывание на кафедре бесперспективным, убыл в Афганистан на должность ведущего психиатра 40-й армии.

Вернувшись через три года на родную кафедру после службы в Афганистане, застал абсолютно другую обстановку. Кафедру возглавил профессор Виктор Ксенофонтович Смирнов, и это, как говорится, уже была другая история.

С Леонидом Ивановичем я встретился ещё пару раз совершенно случайно в других учреждениях. Со мной, как и с другими кафедральными сотрудниками, он держался на подчёркнутой дистанции, с сарказмом отзывался обо всех нас. У него было непоколебимое «табу» на посещение кафедральных стен и контакты со своими бывшими коллегами, учениками, подчинёнными.

Умер он рано и как-то неожиданно для всех, хотя было известно, что он серьёзно болел. Ему было только 74 года.

Хотел бы подытожить следующее. На мой взгляд, профессор Спивак Леонид Иванович оставил в военной психиатрии яркий след, который пока ещё не нашёл должной оценки. В орбиту его научных интересов, прежде всего, входили вопросы организации психиатрической помощи, как в мирное, так и в военное время. В этом разделе своих научных приоритетов он, и как учёный и как главный психиатр Вооружённых Сил, был на должной высоте. Многие военные психиатры моего поколения по праву обязаны ему своими организационными навыками.

Кроме того, он, защитивший в 1962 году докторскую диссертацию по теме: «Психопатии и психопатоподобные состояния: клиника взрывной формы, динамика, диагностика, компенсация и декомпенсация в условиях военной службы», прекрасно знал пограничную психиатрию, а искусно владея экспертными подходами в отношении этой группы больных, сделал много нужного и полезного для конкретно огромного числа военнослужащих. Его авторитет был признанным и в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, куда он неоднократно приглашался для участия в проведении сложных экспертиз.

Также понятие о «нервно-психической неустойчивости», разработанное Л.И. Спиваком, внесло огромный вклад в дальнейшее развитие учения о расстройствах личности и породило немало исследователей этой интересного и важного направления военной психиатрии. Думается, что свой потенциал учёного-психиатра Леонид Иванович далеко не исчерпал. Но финал его деятельности в Вооружённых Силах совпал с эпохой перестройки, жернова которой переломали не одну человеческую судьбу. Профессор Спивак Леонид Иванович также не смог адаптироваться к новым условиям того сложного времени.

ВОСПОМИНАНИЯ О Л.И. СПИВАКЕ

Ломунов О.К.

Мы с Леонидом Ивановичем Спиваком познакомились поверхностно в 1948 – 1949 году, когда он был адъюнктом в клинике психиатрии ВМА. Он только что окончил Академию – курс призыва военного времени и начальник его курса стал нашим начальником курса. Это был подполковник медицинской службы Мачульский Петр Куприянович. Мы менялись с ними местами в помещениях общежития на улице Боткинской в Ленинграде. И в дальнейшем мы часто Петра Куприяновича вспоминали добрыми словами и по ходу учебы и в последующие годы.

В этот период мы были молоды, часть из нас перенесла блокаду Ленинграда и эта травма чувствовалась, наверное, у всех. Но после Победы мы были счастливы. Мы бывали в театре, бросали цветы балерине, может быть в то время ещё не первой из солисток – Нонне Борисовне Ястребовой. Конечно, мы там могли встречаться с Леонидом Ивановичем. Нонна Борисовна стала вскоре женой Леонида Ивановича. Храню ее фото и не забывал поздравлять её. Не знаю, знал ли об этом Леонид Иванович в то время.

Мы встречались уже после болезни Леонида Ивановича. Они были вдвоем в театре Советской Армии после заседания военной подсекции съезда невропатологов и психиатров, вспоминали ранние годы, отмечали малое внимание к вопросам здравоохранения и психиатрии в обществе, успехи и неудачи наших детей.

Интересоваться вопросами медицины мне пришлось с детства. Моя мать была заведующей отделением в педиатрическом институте в течение всей блокады Ленинграда. Ещё школьником я ездил на лекции В.П. Осипова в Военно-медицинскую академию.

Было трудное послеблокадное время, но карточки на продукты уже отменили, и мы ожидали новых достижений. Стали приезжать на учебу военные медики и студенты из стран народной демократии. В это время в клинике уже был заметен один из врачей – адъюнкт клиники психиатрии, в последующем младший преподаватель Л.И. Спивак. Как никто он был на высоте, видимо, из-за знаний иностранного языка. Мы все в это время слушатели выпускных курсов и научного кружка пережили несколько кампаний борьбы с вейсманизмом-морганизмом и космополитизмом. При обсуждении вне партийных собраний мы были с нашими преподавателями во многом единомышленниками, а как медики в отношении критики в прессе работ по генетике не понимали существа происходящих событий. И в заключение этого периода было «дело врачей» (1953 год), когда начальником ВМА был назначен бывший министр здравоохранения Е.И. Смирнов. Получалось, «репрессированный» министр. Кафедру при этом постоянно лихорадило и Леонид Иванович не был в числе большинства (но, правда, молчаливого) в оценке решений партии по всем этим вопросам, обсуждавшимся в обществе.

В это трудное время мы, слушатели научного кружка в клинике психиатрии ВМА, тесно общались с Леонидом Ивановичем как руководителем отдельных занятий и обсуждений по темам большой и малой психиатрии. Мы «участвовали» в исследованиях по тематике, по которой Леонид Иванович защищал диссертацию, особенно вызывавшую дискуссии – о коленном рефлексе при эмоциональных расстройствах и при эндогенных заболеваниях. Это было в тот период времени и позже, в 1958-1959 годах, когда я проходил в клинике психиатрии ВМА повышение квалификации. Начальником кафедры психиатрии Военно-медицинской академии был в то время А.С. Чистович. Дальше у Леонида Ивановича была работа по транквилизаторам, отмеченная Государственной Премией и другие исследования.

Хочу упомянуть, что мы тогда с Леонидом Ивановичем на почве автолюбительства почти подружились. Были и коллизии – если я приезжал раньше, то занимал тесную площадку у стены клиники и ему с его огромным, как нам казалось, ЗИМом не хватало места. И ещё по лыжам я сходил с ума, пытался соблазнить Леонида Ивановича горными лыжами (тогда это было экзотикой), но на то время безуспешно.

Для работы по экспертизе на базе на Измайловском проспекте мне с Леонидом Ивановичем пришлось участвовать в судебно-психиатрической экспертизе военнослужащих. У меня каждый раз вызывал особое уважение солидный метод работы Леонида Ивановича, с учетом среды, в которой происходило правонарушение, многодисциплинарный клинический подход к решению по поставленным перед экспертами вопросам. При этом всегда делались предложения по совершенствованию организации работы на конкретном примере случившегося в части или учреждении.

Уже будучи Главным психиатром, Леонид Иванович был с проверкой и в наших краях – в городе Ворошилов-Уссурийске (начальник отделения К.С. Косарев), где с его участием и по его инициативе принимались меры по повышению культуры медицинского обслуживания. Был устранен забор для прогулок больных, лучше оборудованы палаты. Это же делалось и в других госпиталях и в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. Этому способствовало широкое введение в лечебную практику нейролептиков и транквилизаторов группы диазепина.

Как никто другой эту революцию в подходе к современному лечению и оснащению стационаров военных госпиталей по образцу передовых клиник этого профиля производил Леонид Иванович. Мне пришлось участвовать в этом процессе в Тбилиси, Свердловске, Уссурийске и во время инспекторской проверки в Ростове-на-Дону, сообщать Леониду Ивановичу об этих мерах при встречах. Только в Группе войск этого не понадобилось делать (начальник отделения А.А. Камчатнов). Лечебные средства и оборудование было на современном уровне, традиционным для местного здравоохранения.

Кроме всеармейских конференций наших коллег объединяло и то, что Леонид Иванович использовал психиатрическое отделение Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко как одну из подчиненных инстанций. Мне пришлось более 10 лет быть вторым из двух военнослужащих врачей вместе с Г.П. Колупаевым как начальником отделения и заместителем Леонида Ивановича как Главного психиатра МО. В отделении наряду с кафедрой психиатрии ВМА им. С.М. Кирова обсуждались и решались многие организационные вопросы психиатрической медицинской службы в Вооруженных Силах. Г.П. Колупаев был однокурсником Леонида Ивановича. Это не помешало при одной из проверок поставить нашему отделению только удовлетворительную оценку.

Григорий Петрович Колупаев был в действующей армии врачом части во время войны. У Леонида Ивановича такого опыта и стажа не было. Но они, как и все их товарищи, были единомышленниками в выполнении врачебного долга.

В клинике психиатрии и в госпитале им. Н.Н. Бурденко мы все пытались найти критерии для определения степени возникающих изменений психики для создания базы превентивной терапии при употреблении спиртных напитков и в согласовании с главными специалистами министерства здравоохранения выходили с обращением к товарищу Фрадкову, тогда председателю Совета министров, с предложением об активных мерах по предупреждению алкоголизма в государственном масштабе.

В Главном военном госпитале мы активно применяли (в 1950-е – 1960-е годы) препараты группы хлорпромазина и в отделении вместе с профессором А.К. Тарасовым (главным «аминазинщиком» в Московском регионе в то время). Позже стали изучать действие малых транквилизаторов в содружестве с профессором Р.Н. Стерлиным из Академии химзащиты. Все эти темы Леонид Иванович курировал. Эта линия была одной из ведущих в работе кафедры и, наверное, это направление в изучении состояний сознания и подсознания, как и методы лекарственной терапии было продолжением этих исследований в Институте Мозга в СПб совместно с профессором Н.П. Бехтеревой, где Леонид Иванович до последнего времени трудился, имея существенную поддержку (гранты) правительства и минздрава. Это направление в настоящее время продолжает достойный преемник по своему направлению, содружественному с психиатрией, Д.Л. Спивак с группой сотрудников Института.

Вспоминаю два эпизода. По заданию кафедры и, в том числе, по его и профессора А.С. Чистовича инициативе, в 1958 году я перевел книжку-брошюру Христиана Аструпа «Заболеваемость и социальные отношения», общался с этим известным психиатром, речь шла о Норвегии. В комментариях я пытался привести данные по заболеваемости у нас в стране. Они были неутешительные и редакционной коллегией ни книга, ни перевод, ни наши соображения не были одобрены. Коротко говоря, ответ был следующим: «При социализме заболеваемости быть не может. Напишите свое критическое мнение. Гл. редактор Карпов».

Интересным был случай, когда Н.Н. Тимофеев (тогда главный специалист Министерства Обороны) собирал военных экспертов на территории Института Сербского как «теневой кабинет правительства» для решения экспертного вопроса в отношении больного военнослужащего Г., официальной комиссией признанного больным. Наше мнение было противоположным. Мы были, в основном, представителями «ленинградской школы» психиатрии. И это было принципиальное мнение, для того времени исключительное. Об этом случае часто до сего времени вспоминают в медицинской литературе.

На последующих съездах психиатров, уже российских и международных, и в 2010 и 2014 году, темы объективных оценок состояния здоровья с учетом обновленной МКБ и программы по борьбе с алкогольной эпидемией и наркоманией нашли более достойное место. Уверен, что этому был бы рад и наш уважаемый красивый и стройный Леонид Иванович.

Трудно поверить, что Леонида Ивановича нет с нами. То, что им совершено на всех уровнях его деятельности, прежде всего в военной психиатрии, создание школы идейных последователей, сравнимо с классиками этой области медицинской науки и практики и не случайно Л.И. Спивак и Н.Н. Тимофеев удостоились, как главные специалисты, высокого звания генералов медицинской службы.

ВОСПОМИНАНИЯ О ПРОФЕССОРЕ Л.И. СПИВАКЕ

Лыткин В.М.

Впервые мне довелось встретиться с профессором Спиваком в далеком 1975 году. Леонид Иванович согласился быть одним из оппонентов моей кандидатской диссертации, посвященной аффективным психозам. И хотя эта тема не имела непосредственного отношения к военной психиатрии, а защита проходила вне Военно-медицинской академии (в Ленинградском ГИДУВе), Леонид Иванович нашел время и уделил большое внимание моей скромной работе, сделав ряд ценных конкретных замечаний и отметив, что, по его мнению, аффективная патология – это область возрастающего научного интереса как гражданских, так и военных психиатров. Запомнились доброжелательность и интеллигентность Леонида Ивановича, его естественность и простота в общении, а также искреннее стремление помочь молодому диссертанту.

Через несколько лет при благожелательном отношении Леонида Ивановича мне посчастливилось быть избранным на должность доцента кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. В том же 1980 году профессор Спивак, будучи начальником кафедры в чине генерал-майора медицинской службы, был удостоен почетного звания Лауреата Государственной премии СССР. Несмотря на столь высокий социальный статус, Леонид Иванович по-прежнему сохранял синтонность, живость и эмпатию в контакте с кафедральным коллективом, был уважителен и доступен в общении со средним и младшим медицинским персоналом, почтительно относился к ветеранам кафедры (особенно – участникам Великой Отечественной Войны).

Леонид Иванович заинтересованно и глубоко вникал во все сферы жизнедеятельности кафедры, которую, на мой взгляд, в те года отличали приоритет клинического творчества, клинического духа, стремление к кафедральному единству и четкое представление о границах зоны научно-практических интересов военной психиатрии.

В научном отношении на кафедре разрабатывались проблемы психического здоровья военнослужащих, пограничных состояний и нервно-психической неустойчивости, интенсивно изучалось действие психотометиков (и, в целом, раздел психофармакологии в военной психиатрии), активно действовала рабочая группа и лаборатория по вопросам массового психиатрического обследования военнослужащих с использованием современных в то время ЭВМ.

К педагогической деятельности Леонид Иванович относился требовательно, ответственно и неформально. Подчас без всякого предупреждения он заходил в класс, где шли занятия со слушателями и деликатно «поправлял» молодого преподавателя или курсанта. Клинические ординаторы ежемесячно по графику отчитывались у него в кабинете о проделанной работе, показывали рефераты, обсуждали накопившиеся вопросы. Находилась время у Леонида Ивановича и для занятий с членами ВНОКС, и для приема экзаменов у обучающихся, и для постоянного обновления своих лекций, которые он всегда читал ярко, свежо, с большим желанием и увлеченностью. Его отличали высокограмотная и культурная русская речь, умение «держаться» различные аудитории, свободная и естественная манера лекторского поведения при полном отсутствии при этом формализма, шаблонности и схематизирования. Лекции сопровождалась, как правило, демонстрацией тщательно подобранных тематических больных.

Пользуясь большим авторитетом в психиатрической среде, Леонид Иванович по собственной инициативе приглашал на творческие встречи с клиническим коллективом известных отечественных психиатров (Н.М. Жарикова, А.Е. Личко, С.Б. Семичова, Ю.А. Александровского и др.), что способствовало поддержанию высокого клинического уровня кафедры.

Большое внимание уделялось и лечебной деятельности. Всячески приветствовались клиническая инициатива и лечебная активность. На отделениях трудились опытные клиницисты: Вадим Федорович Зверев, Виталий Юрьевич Петий, Лидия Андреевна Белова, Ксения Константиновна Зикевская, Валентина Павловна Смолова, Юрий Валентинович Яценко и многие другие. Регулярно проводил профессорские обходы отделений, ряд больных Леонид Иванович курировал на протяжении многих лет. Также регулярно осуществлялись профессорские клинические разборы с соответствующей подготовкой со стороны докладчиков и молодых врачей, которые приобретали, порой, характер острых клинических дискуссий с неподдельной заинтересованностью и активностью кафедральных и клинических сотрудников. Следует отметить, что, на мой взгляд, и те, и другие в то время жили одной большой дружной семьей. Леониду Ивановичу искренне претили такие черты в людях, как двурушничество, показная принципиальность, склочность, неупорядоченность и нечистоплотность. Достаточно вспомнить товарищеский ужин на квартире у Леонида Ивановича по поводу присуждения ему госпремии, регулярные празднования ежегодного Дня Кафедры и Дня Победы, короткие ежедневные общие чаепития в 12 часов в одном из помещений кафедры, где в демократической обстановке (не без юмора и, в то же время, деловой) обсуждались текущие клинические вопросы и общие новости.

Несколько лет профессиональной жизни (начало 80-х годов прошлого века) на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии, которой руководил Леонид Иванович Спивак, остались в моей памяти как прозрачные и призрачные годы былой молодости, в которых были и объединяющая работа, и бурный досуг, и оптимизм, и какой-то академический кафедральный отблеск. Светлый образ профессора Л.И. Спивака сопоставим, на мой скромный взгляд, с представлениями о достойном уровне «профессора Военно-медицинской академии», который отличают глубокая преданность военной медицине, непоказной патриотизм, высокая планка общей культуры и внутренней интеллигентности, доброжелательный и человечный, «академичный» стиль общения со всеми окружающими.

ВОСПОМИНАНИЯ О Л.И. СПИВАКЕ

Полякова В.И.

Леонид Иванович появился в нашем доме вскоре после того, как мой муж В.П. Поляков поступил в адъюнктуру на кафедру психиатрии Военно-морской медицинской академии в 1952 году, он уже был психиатром и работал в этом здании. Оказалось, что Леонид Иванович живет очень близко от нашего дома. От его квартиры, расположенной в районе Стремянной улицы, до нашей – на улице Рубинштейна, д. 3. – через проходной двор на Владимирском проспекте можно было добраться менее чем за пять минут.

По утрам офицеры почти ежедневно встречались на одной транспортной остановке и имели возможность общаться по дороге на работу в течение 15-20 минут и обсуждать все интересующие их вопросы. Реже они и возвращались домой вместе. Несколько раз два увлеченных разговором психиатра выходили из троллейбуса или трамвая и машинально доходили до нашей квартиры.

Леонид Иванович был обаятельным, красивым, высоким, стройным молодым человеком. Всеволод Петрович нелегко сходился с новыми людьми, но, по-видимому, Леонид Иванович привлек его внимание не только умом, но и своей любовью к искусству. Очень скоро он привел в наш дом и свою молодую жену: балерину Кировского театра, заслуженную артистку Нонну Борисовну Ястребову. Он рассказал, что ему часто приходилось мыть стены в своей парадной, так как они были расписаны признаниями поклонников его жены. Наши семьи скоро подружились.

Леонид Иванович любил бывать у нас, может еще и потому, что его семья жила в очень маленькой квартире, у нас же была одна большая комната в 44 метра, где Леонид Иванович мог свободно передвигаться, обсуждая различные вопросы. Вспоминаю, как он возмущался плагиатом, обнаруженным в диссертации одного из сотрудников кафедры, ему не хватало слов и он, жестикулируя, перемещался по комнате.

Когда его сын Дима подрос, встал вопрос об определении его в частную группу из шести человек для изучения немецкого языка. В эту группу «Танте Лиза» ходил в течение года мой сын Володя, когда ему исполнилось 7 лет, его место должен был занять Дима.

Такие группы существовали в пятидесятых годах прошлого века. Шесть детей собирались на улице, гуляли два часа, затем приходили в каждую семью по очереди в определенный день недели, пили чай, съедали свой завтрак и расходились. Таким образом, они понемногу изучали немецкий язык.

Нонна Борисовна мечтала устроить сына в эту группу, и на следующий год это удалось. Леонид Иванович очень гордился своим сыном, который успешно изучал иностранные языки и получил гуманитарное образование.

Семьи общались и на бытовом уровне. Когда требовалось укоротить плащ Леонида Ивановича, мы с его женой храбро отрезали часть и привели в надлежащий вид одеяние, так хорошо сидящий плащ на ладной фигуре врача.

Леонид Иванович был прекрасным лектором. Однажды мне пришлось слушать его лекцию на общеклинической конференции на философскую тему. Глубокое содержание темы, правильная русская речь, красивый тембр голоса завораживали переполненную аудиторию.

В заключение кто-то спросил, как профессор относится к телепатии. Он уклонился от прямого ответа, только привел случай смерти деда где-то в Сибири и страдания в этот период внука, находящегося за много тысяч километров от событий.

Вспоминаю, как нам было хорошо в малюсенькой квартире Леонида Ивановича, когда его жена вернулась из гастрольной поездки с Кировским театром из Америки, показывала сувениры и делилась впечатлениями.

В середине 1960-х годов Леонид Иванович заболел, был госпитализирован в другую клинику терапии Военно-медицинской академии, которая находилась на базе нашего военно-морского городка. Лечащий врач пришла к поступившему накануне больному только к концу рабочего дня. Увидев, что она торопится, предложил ей не осматривать его сегодня, так как чувствует себя неплохо. На третий день врач подошла к больному также не с утра. Вечером у меня раздался телефонный звонок, Леонид Иванович просил прийти в клинику и осмотреть его, так как он не доверяет лечащему врачу. Я пыталась убедить его, что осматривать больного в чужой клинике неэтично, да и кто я такая, чтобы вмешиваться в работу другого учреждения. На другой день он выписался из стационара, пришлось лечить его от пневмонии в домашних условиях.

Леонид Иванович стал начальником кафедры психиатрии, главным психиатром вооруженных сил СССР, получил звание генерал-майора.

Мне один раз пришлось обратиться к нему с просьбой, хотя очень не хотелось это делать. Я боялась, что он не сможет мне отказать, вопрос был сложный, и я могла его подвести. Я попросила это сделать своего мужа, так как они вместе когда-то работали на кафедре психиатрии и никаких обязательств друг к другу не имели. Муж в категорической форме отказался, объяснив, что он не знает человека, за которого нужно просить об одолжении своего бывшего товарища, и мне не советовал ходатайствовать, так как нет уверенности в психическом здоровье молодого врача.

В начале 1980-х годов, вечером, у меня дома раздался телефонный звонок из Владивостока и состоялся продолжительный разговор с моим бывшим учеником, выпускником морского факультета, назовём его Х. Он объяснил, что с ним произошла беда, и попросил помочь. По приезде во Владивосток с назначением, он занял рабочее место, планируемое местным начальством другому врачу. Работа в поликлинике у него пошла успешно, он снимал

головные боли у больных, по-видимому, применяя легкий массаж головы. Сам же это объяснял экстрасенсорным воздействием. Тогда экстрасенсы были в моде, но официальной медициной не признавались. В разговоре обсуждалось и мое отношение к этому вопросу. Кроме того, доктор был верующим человеком, имел Библию и давал её читать соседям. Позже до меня дошли слухи, что двое из окружавших его офицеров во время очередного отпуска были в церкви и крестились, о чем узнали политические органы. Всё это было хорошим поводом, чтобы убрать врача с должности. Ему поставили диагноз «паранойя» и госпитализировали в психиатрическую больницу. Когда же он выписался из стационара, встреченный им однокурсник удивился, что тот еще на свободе, так как слышал о его аресте как английского шпиона.

Врач Х. просил меня через мужа-психиатра посодействовать госпитализации его в психиатрическую клинику Военно-медицинской академии. Так как муж отказался это сделать, пришлось мне обратиться к Леониду Ивановичу с просьбой госпитализировать и объективно оценить состояние психического здоровья человека. Профессор мудро вышел из этого положения. С диагнозом «реактивное состояние» врач Х. был демобилизован, вскоре через центральный комитет партии СССР восстановился в её рядах и до сих пор успешно работает, занимает высокое положение.

В последующие годы семьи Л.И. Спивака и наша поменяли места жительства, поэтому встречались редко. Как-то в конце семидесятых годов Леонид Иванович позвонил мне на работу, сказал, что плохо себя чувствует и просил осмотреть его. Я предложила приехать сейчас же или завтра. У него на эти часы было назначено кафедральное совещание, он отложил его и приехал в назначенное время.

С начала восьмидесятых годов мы с Леонидом Ивановичем не встречались.

Нонна Борисовна несколько раз приглашала повидаться в их хорошую большую квартиру, но я не собралась.

После демобилизации Леонид Иванович работал в Институте мозга человека РАН.

После его смерти директор этого института Наталья Петровна Бехтерева, с которой мое знакомство было случайным и кратковременным, очень тепло отзывалась о нём и сожалела о его безвременной кончине.

УРОКИ УЧИТЕЛЯ

Рудой И.С.

Передать многогранность личности учителя сложно. Только некоторые особенности можно отразить примерами о встречах с учителем. При первой беседе Леонид Иванович поинтересовался, выделили ли для моей семьи достаточную жилую площадь и побеспокоился, чтобы общежитие находилось рядом с кафедрой и клиникой. Только потом я осознал ценность этой заботы, когда приходилось задерживаться в клинике допоздна, а днём можно было за три минуты зайти домой пообедать, поужинать и т.д. Некоторые уроки запомнились на всю жизнь и определили собственное отношение и поведение. Во время очередной встречи Леонид Иванович обсудил тему диссертационной работы и порекомендовал законспектировать труды целого ряда учёных и предложил обсудить их через месяц. В указанное время Леонид Иванович по-отечески сказал: «давайте вместе обсудим эти работы». Конспект трудов, изложенный на отдельных листах, обсуждали по содержанию. При этом выясняли, как я понимаю основные положения конкретной работы, как автор работы пришёл к таким выводам. Леонид Иванович деликатно подсказывал главные идеи различных учёных по определённым проблемам. В конце обсуждения Леонид Иванович подарил изящную общую тетрадь и посоветовал перенести конспект в эту тетрадь. За время обучения таких тетрадок скопилось 36. При подготовке к занятиям сегодня эти тетрадки дают больше мыслей, чем работа в интернете, часто в них можно найти ответ на многие актуальные вопросы и сегодня. Общаясь с юными врачами, и я словами Леонида Ивановича, советую конспектировать труды великих учёных. Не утратилась эта способность и у меня, приятно понять, как автор постиг смысл своих открытий и кратко законспектировать это. Посещение лекций было естественной потребностью не только слушателей, но и самых опытных врачей. Вопросы слушателей лектору бывают необычными. После прочтения лекции на тему: «неврозы военного времени» Леониду Ивановичу был задан вопрос: «ответьте одной фразой, чем отличаются неврозы военного времени друг от друга?». Обратив взор слушателя (известного отечественного учёного) на аудиторию последовал ответ: «неврозы военного времени отличаются друг от друга как мундиры военных?» (в аудитории сидели военные врачи от генерала до лейтенанта в морской, авиационной и сухопутной форме). Автор вопроса заметил: «Леонид Иванович, спасибо, Вы дали исчерпывающий ответ». Только в конце 3 курса Леонид Иванович предложил провести практическое занятие со слушателями 3 курса на тему: «нарушения мышления». После предварительной проверки готовности к занятию, Леонид Иванович присутствовал на нём, затем пригласил в кабинет и доброжелательно напомнил о том, что очень важные положения из докторской диссертации Ф.И. Случевского не были учтены на занятии и подробно обсудил их вместе со мной. Однажды мне пришлось задержаться в отделении (оказывал помощь персоналу при купировании психомоторного возбуждения у больного, мобильных телефонов тогда не было, чтобы предупредить о задержке). Придя в класс, я был обескуражен увиденным, так как Леонид Иванович в генеральской форме проводил занятия со слушателями вместо меня. Поинтересовавшись очень вежливо у меня, готов ли я его сменить, Леонид Иванович заметил слушателям, что молодых преподавателей перегружают заданиями и поэтому «нам старикам приходится иногда подстраховывать». Если кто-то в моей группе опаздывал, почему то всплывал этот случай и я объяснял обсуждённый вопрос опоздавшему слушателю, как правило, такой слушатель на следующие занятия приходил первым. Невозможно забыть случай, когда Леонид Иванович, предложил билеты моим детям на Новогоднее сказочное представление во дворце Пионеров (тогда представления не уступали кремлёвским). Не последнюю роль сыграл Леонид Иванович и в том, что моя семья в течение 8 лет подряд посещала Кировский театр по годовым абонеентам. По рекомендации Леонида Ивановича я в течение нескольких месяцев изучал методы многомерной статистической классификации, что бы разработать математические модели для выявления лиц с нервно-психической неустойчивостью (в Белорусском Государственном университете). На вопрос, не лучше ли всё рассчитать вручную получил положительный ответ, что это возможно при условии, что будут изучены 10 в 67 степени состояний, каждое из которых будет включать более 200 клинических признаков. Если в одну секунду анализировать одно такое состояние, то потребуются времени в три с лишним раза больше чем срок жизни земли. Пришлось согласиться и ехать в Минск. На серьёзных научных совещаниях, которые проводил Леонид Иванович, было очевидным для всех, что он блестяще владеет зарубежной литературой по проблеме боевой психической травмы. И только позже в НИЛ иностранной информации академии мне пришлось познакомиться со многими зарубежными трудами, которые на русский язык перевёл Леонид Иванович. Не только знание теоретических вопросов боевой психической травмы, интересовало Леонида Ивановича. Он лично готовил кружковца кафедры В.М. Приказчика к изучению психических расстройств у личного состава во время непосредственного ведения боевых действий. Трёхлетний период участия в боевых действиях в Афганистане позволил В.М. Приказчику собрать уникальные научные данные по боевому стрессу (о его деятельности писала Красная Звезда, шли передачи по радио России, в последующем он был участником всех других военных конфликтов). Глубокий интерес к психолингвистике определял его проницательность во взаимоотношениях с А.П. Нечаевым, которому было предложено стать сотрудником кафедры (имеет высшее военное, филологическое и медицинское образование). Но в силу ряда обстоятельств только В.К. Шамрей принял А.П. Нечаева сотрудником кафедры и сегодня в военной психиатрии появилось новое направление – психолингвистика. Леонид Иванович тепло и чутко относился ко всем своим сотрудникам, каждую нянечку знал по имени отчеству, мог отметить самое главное качество в человеке, например Б.С. Фролова называл учёным 21 века, и это в конце 70-х годов прошлого века. Сотрудники кафедры и клиники отвечали взаимностью. Как человеку верующему мне представляется, что душа Леонида Ивановича и сегодня направляет нас на истинный путь. Воспоминания написаны не литературно, но зато как думаю и как чувствую. Я горжусь своим учителем Леонидом Ивановичем Спиваком.

ВОСПОМИНАНИЯ ОБ ОТЦЕ

Спивак Д.Л.

Леонид Иванович Спивак был выдающимся врачом, крупным ученым и подлинным петербургским интеллигентом. Отец его, Иван Николаевич, всю жизнь посвятил армии и получил воинское звание генерал-майора медицинской службы весной 1943 года: дата говорит сама за себя. Таким образом, склонность к военной службе была у Леонида Ивановича в крови, сам он считал себя в первую очередь военным врачом и всегда очень гордился этим.

В юности он очень склонялся к театру, прослужил известное время на какой-то подсобной должности во МХАТе (это его удостоверение до сих пор хранится в семейном архиве), даже прошел кастинг для участия в игровом фильме. Тем не менее, выбор в пользу Военно-медицинской академии дался ему легко. Годы учебы прошли в основном эвакуации, в Самарканде. Жить и учиться было голодно и холодно (жили одно время в помещении неотапливаемого медресе), но интересно.

Товарищи по учебе оказались на удивление интересными людьми. Дружба с ними прошла через всю жизнь Леонида Ивановича и сделала академию подлинно родным домом. Могло ли быть иначе, если тут же, по соседству, начальником кафедры нервных болезней стал вдумчивый Г.А. Акимов, за клиникой, на соседней улице, кафедру нормальной физиологии занял блестящий В.И. Медведев, кафедру нормальной анатомии – добрейший Е.А. Дыскин, а кафедру организации и тактики медицинской службы, тоже в пределах недолгой прогулки по территории академии, занял основательный О.С. Лобастов. Все они много и весело работали, и задушевно дружили.

Свою роль несколько позже сыграла встреча и общение с представителями старшего поколения – заместителем начальника кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, а в последующем начальником кафедры психиатрии Военно-морской медицинской академии В.А. Горовым-Шалтаном и, в несколько меньшей степени, его предшественником В.П. Осиповым (поскольку общению их было отведено очень ограниченное время). Они строили отношения на старый лад, вводя новичка днем, на работе в курс дела, а вечером принимая его в кругу семьи. Как следствие, у Леонида Ивановича рано сложилось чувство принадлежности к славной истории отечественной военной психиатрии. Имена Балинского, Мержеевского, Бехтерева он произносил как имена дорогих и близких по духу предшественников.

Предания из истории кафедры были многочисленны и поучительны, Леонид Иванович бережно хранил их в памяти и охотно делился ими при случае. Помню, как он рассказывал, что в старину принято было, чтобы главный врач имел квартиру при клинике – так, чтобы последний обход проходил уже перед сном, когда и пациенты, и сам врач были уже в халатах. Очень ему нравилась эта традиция.

Сам Леонид Иванович, кстати, получил комнату в коммунальной квартире попервоначально непосредственно в здании клиники психиатрии, так что вполне мог продолжать эту традицию, что и делал весьма охотно. Самому мне довелось там пожить некоторое время в раннем детстве. Многого я не помню, но припоминаю, что как-то гулял во внутреннем двореке клиники, там было очень спокойно, только из форточки вдруг высунулся больной и стал мне что-то кричать, пока его не увели.

Вернувшись в Ленинград, Леонид Иванович поступил в адъюнктуру академии и начал работать над своей первой научной темой – проблемами изменений коленного рефлекса при депрессивных и гипоманиакальных состояниях. Диссертация на эту тему была им успешно защищена в 1951 году. Несмотря на спартанскую жизнь после войны, в жизни адъюнктов было немало интересных дел и помимо науки. Леонид Иванович, например, с какого-то времени стал пропадать в яхт-клубе на Островах.

Когда академическое начальство, которому надоели его частые отлучки, предложило Леониду Ивановичу осуществить наконец окончательный выбор между яхтой и клиникой, он попросил сутки на размышление. Самое удивительное, что начальство такой ответ приняло с пониманием и ждало целые сутки. Гонки на яхтах, а в первую голову их ремонт и обслуживание, которое приходилось вести силами той же команды, пришлось оставить, но до конца жизни Леонид Иванович любил в выходной день заехать в яхт-клуб, побеседовать со старыми товарищами, вышедшими уже в клубное начальство, провести рукой по борту яхты, подготовленному к окраске. Мне кажется, что даже вездесущий там запах сурика и олифы был ему приятен и будил давние воспоминания.

После защиты диссертации, отец получил звание младшего преподавателя кафедры психиатрии, жизнь стала налаживаться. Вскоре Леонид Иванович женился на прима-балерине Мариинского (тогда, разумеется, Кировского) театра (академия тоже была кировской, да и Острова были кировскими) Н.Б. Ястребовой, с которой счастливо прожил всю дальнейшую жизнь. Благодаря Нонне Борисовне, ему довелось свести знакомство со многими деятелями театра и шире – культуры в целом, от балерины Татьяны Вечесловой до кукольника Евгения Деммени, и от режиссера Евгения Товстоногова до композитора Арама Хачатуряна, и войти в их круг.

Культурная, как, впрочем, и научная жизнь города была тогда удивительно живой, так что Леониду Ивановичу нередко приходилось из клиники ехать на экспертизу, оттуда – на заседание общества психиатров, собрания которого он очень ценил и старался не пропускать, а вечер заканчивать в ложе театра. Впрочем, в год завершения текста докторской диссертации, все посторонние дела пришлось отложить в пользу посещения любимой «публички» – Публичной библиотеки – где ему, кстати, очень помогала работавшая там библиотекарем Б.И. Виленская, жена другого его однокашника, мудрого Б.С. Виленского.

Докторская диссертация Леонида Ивановича, посвященная психопатиям и психопатоподобным состояниям, была им благополучно защищена в 1962 году. Еще через десять лет, в 1973 году, он стал начальником кафедры психиатрии Военно-медицинской академии и Главным психиатром Министерства обороны СССР. Нагрузки существенно возросли: были годы, когда в командировках ему приходилось проводить более 200 дней в году. С новыми обязанностями он справлялся с честью. Достаточно заметить, что Леонид Иванович входил в группу специалистов, ответственных за психологическое состояние армии при подготовке и проведении ввода войск в Афганистан. По общему мнению специалистов, эта задача была выполнена на отлично, особенно если сравнить ее выполнение с результатами более поздних отечественных и зарубежных военных кампаний.

Надо заметить, что, несмотря на немалые нагрузки, которые ему приходилось нести в качестве, как организатора, так и клинициста, Леонид Иванович не потерял вкуса к разработке фундаментальных проблем психиатрии. Выпущенная им свет в 1971 году в соавторстве с Г.И. Мильштейном монография «Психотомиметики» вывела отечественную психофармакологию на лидирующие позиции в мировой науке. По результатам работ, проведенных на базе своей клиники, Л.И. Спивак вошел в группу экспертов, получивших в 1979 году престижную Государственную премию СССР. По своей тематике, данная работа была закрытой. Вместе с тем, один из препаратов, полученных в качестве побочного продукта при ее проведении, на добрых три десятилетия стал одним из самых популярных в нашей стране снотворных препаратов.

Отношения с окружающими он старался строить просто и сердечно. В особенности это касалось клиники, сотрудникам которой он стремился привить отношение к ней, как к родному дому. На ежедневных полуденных чаепитиях, традицию которых он, кажется, ввел, и во всяком случае, всемерно поддерживал, обсуждался весьма широкий круг вопросов, от чисто профессиональных до общекультурных.

С пациентами иной раз тоже складывались долгие, теплые отношения. Помню, что первым больным Леонида Ивановича, по имени Володя, страдавший малопрогрессирующей формой шизофрении, которого он пролечил и за которого потом поручился, стал полярником, несколько раз ездил в экспедиции, и все проходило без срывов, хотя в промежутках ему приходилось корректировать свое состояние в стационаре. Этот пациент периодически появлялся в клинике, а иногда и у нас дома, советовался с Леонидом Ивановичем, а тот опекал его, как родного. Следует оговориться, что Леонид Иванович считал такие отношения скорее исключением, чем нормой, и в целом домой старался больных не приглашать.

К обходам клиники, а также к разборам больных отец относился почти как к священнодействию и неизменно получал от участия в них глубокое удовлетворение. Неисчерпаемость человеческой патологии, открывавшаяся в их ходе, неизменно давала ему обильный материал для размышлений о сущности и перспективах психиатрии. Другие обязанности были скорее докучными – к примеру, написание многочисленных методических руководств, которым ему постоянно приходилось заниматься по долгу службы. Сколько его сил и времени отняли эти несчастные методички!.. Впрочем, единственным, что его действительно раздражало, было партийное руководство его работой, нередко неквалифицированное и неизменно бесцеремонное. Будучи человеком весьма дисциплинированным, Леонид Иванович не видел в таком руководстве никакой пользы для дела, и потому относился к нему отрицательно, поскольку видел в нем нарушение принципа единоначалия, основополагающего для военной службы в любой области.

Выйдя в запас в 1985 году, Л.И. Спивак стал искать единомышленников, работающих над фундаментальными проблемами психики и сознания, и нашел их в лице академика Н.П. Бехтерева и ее научно-исследовательского коллектива, работавшего тогда на базе Института экспериментальной медицины РАМН. Включившись в состав коллектива, он внес свой вклад в разработку ее научной школы и расширение на смежные предметные области теоретических положений. Всемерно поддержав образование Института мозга человека РАН в 1989 году, Леонид Иванович проработал в нем со дня основания института до последнего дня своей жизни в должности ведущего научного сотрудника.

Хорошо помню, как по понедельникам и четвергам – главным «присутственным дням» – Леонид Иванович поправлял у зеркала галстук, просматривал бумаги, намеченные к обсуждению, и проходил в кабинет Наталии Петровны, иной раз оставаясь там надолго, поскольку они обсуждали не только вопросы науки о мозге и психике человека, но и самую широкую культурную проблематику. Вот и теперь их фотопортреты висят в зале Ученого совета Института мозга человека на противоположных стенах, глядя друг на друга, как встарь.

Круг трудов Л.И. Спивака в Институте мозга человека РАН включал в себя, прежде всего, психиатрическое консультирование пациентов клиники института. Он продолжал также размышлять над проблемами и перспективами развития отечественной и мировой психофармакологии. Написанная им на английском языке и остающаяся непереуверенной на русский язык до настоящего времени, обобщающая статья по теме «Изучение психоактивных препаратов в советской научной традиции» была опубликована престижным «Журналом психоактивных препаратов» (США) в 1991 году и получила широкую известность среди западных специалистов, мало представлявших тогда, как много было сделано в этой области в советской науке.

В девяностых годах Леонид Иванович стал достаточно часто выезжать за границу, посещая научные конференции и конгрессы с большим интересом и пользой. Как-то он делал доклад на конгрессе испанских психиатров, куда был приглашен по рекомендации его доброго друга, одного из ведущих испанских психиатров, профессора Университета Саламанки Антонио Перес Урданиса. Первый вопрос по докладу был сделан одним из почтенных профессоров, присутствовавших в зале, который принадлежал, как я понял, к числу патриархов

испанской психиатрии (имени, к сожалению, не припомню). Суммировав кратко основные тезисы доклада отца, испанский психиатр заметил, что по аксиоматике и общему духу подход докладчика следует определить как близкий не общепринятому в современной испанской психиатрии американскому подходу, но скорее более старой, германской по происхождению, традиции, и строго спросил, так ли это.

Вполне разделяя общий интерес современной психиатрической аудитории к американской научной мысли, с такими ее составляющими, как многоосевая нозологическая система, представленная в руководствах типа известного DSM, Леонид Иванович, вместе с тем, полагал, что возможности более старой и основательной немецкой психиатрической традиции, к которой в общем и целом примыкали по своим общетеоретическим взглядам его учителя, как, в принципе, и он сам, пока далеко не исчерпаны. Поэтому, не тратя времени на оговорки, он просто ответил утвердительно.

Для современной Испании, как, впрочем, и ряда других западных стран, такой ответ был достаточно смелым. Каково же было общее удивление, когда пожилой испанский профессор подошел к трибуне, серьезно оглядел аудиторию, а затем, в наступившей полной тишине ... обнял и расцеловал отца. Можно предположить, что этот пример научного единомыслия «поверх границ» побудил хотя бы некоторых из присутствовавших ученых если не пересмотреть, то хотя бы подвергнуть коррекции свои взгляды на базовые проблемы психической нормы и патологии.

Особое место в трудах Л.И. Спивака занимала разработка теории измененных состояний сознания, развивавшейся тогда преимущественно трудами американских ученых, чаще всего психологов. Для Леонида Ивановича эти занятия продолжили в первую очередь тему этиологии и генезиса, а также коррекции психопатий и психопатоподобных состояний, которой он занимался с конца пятидесятых годов. Внимательно изучив литературу предмета и познакомившись лично с ведущими теоретиками этой новой, междисциплинарной области знания, от М. Мерфи – до Ст. Грофа, Леонид Иванович инициировал практическую проверку эффективности разработанных ими методов психотерапии и психотренинга, от голотропной дыхательной терапии – до «терапии полярностей». Полученные на этом материале данные о динамике ряда психологических процессов и состояний, а также их мозговых коррелятов, были опубликованы в научной печати и встречены специалистами, как в нашей стране, так и за рубежом, с большим интересом.

В ходе изучения временных, преходящих изменений сознания у нормальных людей, Леониду Ивановичу доводилось вводить в научный оборот целые предметные области. Так обстояло дело с измененными состояниями сознания, достаточно часто возникающими в норме у рожениц (эта работа была выполнена в тесном творческом сотрудничестве с академиком Н.П. Бехтерева и членом-корреспондентом РАМН Э.К. Айламазяном). В ходе данной работы, Л.И. Спивак дал предварительное описание нового для теоретиков психиатрии и психологии синдрома, названного им «синдромом деперсонализации при родовом стрессе».

Леонид Иванович Спивак продолжал активно работать до последнего дня своей жизни. Уже после его ухода, в 2001 году, в журнале «Физиология человека» были помещены две его статьи, написанные в соавторстве с учеными института, где рассматривались особенности мозговой деятельности при родовом стрессе. Грант Российского гуманитарного научного фонда, полученный им для развития данного направления учения об измененных состояниях сознания, коллективу проекта пришлось завершить уже без его участия.

Прощание с Л.И. Спиваком прошло в Военно-медицинской академии, которой он посвятил лучшие годы своей жизни.

Избранная библиография Л.И. Спивака:

- Мильштейн Г.И., Спивак Л.И. Психотомиметики. Л., Медицина, 1971. 151 с. (библиография – 830 названий)
- Спивак Л.И. Психопатии. Л., ВМА, 1981. 35 с.
- Спивак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С. Осложнения психофармакологической терапии. Л., Медицина, 1988. 168 с.
- Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М., Медицина, 1991. 97 с.
- Спивак Л.И. Измененные состояния сознания у здоровых людей (постановка вопроса, перспективы исследований) // Физиология человека, 1988, Т.14, №1, с.138-147.
- Spivak L.I. Psychoactive Drug Research in the Soviet Scientific Tradition // Journal of Psychoactive Drugs. Vol. 23 (3), Jul-Sep 1991. Pp. 271-281. (= <http://old.altstates.net/hbi/spivak-sovietpsychoactivedrug-1991>)
- Spivak L.I., Spivak D.L., Wistrand K. New Psychic Phenomena Related to Human Childbirth // The European Journal of Psychiatry, 1993, Vol.7, No.4, p.239-243.
- Спивак Л.И., Спивак Д.Л., Вистранд К. Психические феномены у здоровых женщин при физиологических родах // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – № 1, 21. 1994. (= <http://old.altstates.net/hbi/spivak-childbirth-1994>)
- Спивак Л.И., Спивак Д.Л. Измененные состояния сознания: типология, семиотика, психофизиология // Сознание и физическая реальность. Том 1, № 4, 1996. С. 48–55 (англ.пер.: Spivak L.I., Spivak D.L. Altered states of consciousness and their psychophysiological correlates // Consciousness and Physical Reality. – 1998. – N 1. – P. 76-82) (= <http://old.altstates.net/hbi/spivak-asctypology-1996>)
- Спивак Л.И., Бехтерева Н.П., Данько С.Г., Спивак Д.Л. Болотских В.М. Характеристики электрической активности мозга как показатели психических состояний роженицы // Физиология человека. – 1997. – N 5. – С. 44-50 (англ.пер.: Spivak L.I., Bechtereva N.P., Danko S.G., Spivak D.L., Bolotskikh V.M. Electrical brain activity as a mental state correlate of parturients // Human Physiology. – 1997. – N 5. – P.550-555)
- Spivak L.I., Bechtereva N.P., Spivak D.L., Danko S.G., Wistrand K. Gender-specific altered states of consciousness // The International Journal of Transpersonal Studies. – 1998. – N 2. – P.181-185
- Спивак Л.И., Спивак Д.Л. «Пространственная деперсонализация» как синдром психологии экстремальных условий (синдром «выхода из тела») // Вестник Гиппократ. – 1999. – N 1 (3). (= <http://old.altstates.net/hbi/spivak-spatialdepersonalization-1999>)

Спивак Л.И., Данько С.Г., Спивак Д.Л., Медведева Т.Г., Болотских В.М., Бородавкина М.В. Некоторые нейрофизиологические корреляты измененных психических состояний при родах. Сообщение I // Физиология человека. – 2001, № 1. – С.49-54 (англ. пер.: Spivak L.I., Danko S.G., Spivak D.L. Medvedeva T.G., Bolotskikh V.M., Borodavkina M.V. Some neurophysiological correlates of changed mental states after delivery. I. // Human Physiology. – 2001, № 1. – P.42-47).

Спивак Л.И., Данько С.Г., Спивак Д.Л., Медведева Т.Г., Болотских В.М., Бородавкина М.В. Некоторые нейрофизиологические корреляты измененных психических состояний при родах. Сообщение II // Физиология человека. – 2001, № 2. – С. 40-46 (англ. пер.: Spivak L.I., Danko S.G., Spivak D.L. Medvedeva T.G., Bolotskikh V.M., Borodavkina M.V. Some neurophysiological correlates of altered mental states in labor. II. // Human Physiology. – 2001, № 2. – P.165-170).

ПРОФЕССОР Л.И. СПИВАК, КАКИМ ОН ЗАПОМНИЛСЯ

Чудиновских А.Г.

Леонида Ивановича Спивака я впервые увидел в 1977 году, когда курсантом 3-го курса вместе со своим другом Евгением Кирсановым пришел в научный кружок на кафедру психиатрии Военно-медицинской академии. Не могу сказать, что имел возможность близко с ним общаться, скорее это были наблюдения курсанта, занимавшегося в научном кружке кафедры. Нужно отметить, что мы были не единственными на нашем курсе, кого так рано (ещё до планового изучения предмета) заинтересовала психиатрия. Практически одновременно научный кружок кафедры стали посещать наши однокурсники Александр Рустанович, Александр Белинский и Сергей Харченко. Их научной работой руководил Борис Серафимович Фролов. Двое из них в последующем стали психиатрами-профессорами.

Несколько забегая вперёд, нужно сказать, что не только эти кружковцы связали свою жизнь с психиатрией. С нашего курса психиатрами стали Василий Пасюкевич, Петр Швец и Сергей Ястребов. По психиатрии защитил кандидатскую диссертацию Игорь Улюкин. Пошли работать в наркологию Анатолий Максимов, Павел Малышев и Виктор Яровой. Думаю, что на выбор их жизненного пути существенное влияние оказал профессор Спивак. На мой взгляд, крайне важно первое впечатление от изучаемого предмета. Это первое впечатление складывается на лекциях. Когда наши однокурсники собираются и вспоминают курсантские годы, многих начальников кафедр уже не все помнят. Но лекции профессора Л.И. Спивака помнят все.

Занимаясь в кружке, я имел возможность (разумеется, с высоты своего положения) наблюдать кафедральную жизнь в тот период, когда пресловутый конфликт между начальником кафедры и частью кафедрального коллектива ещё не обозначился. Этот конфликт начался позже, в 1980-е годы, когда я служил в войсках. Конечно же, мне о нём рассказывали до сих пор уважаемые мною люди, которых я считаю своими учителями. Но это была позиция только одной из сторон конфликта. У меня сложилось впечатление, что его причина – не какие-то принципиальные расхождения или научные интересы, а чисто личностные, не сложившиеся отношения. К тому же меня тогда несколько смущало, что в своей «борьбе» с Леонидом Ивановичем его противники опирались на партийные органы академии. К этому времени у меня уже были веские основания не любить всех армейских политработников, поскольку среди них мне так и не встретилось ни одного порядочного человека.

На мой взгляд, 1970-е годы, когда я учился на 2-м факультете, а кафедрой психиатрии руководил Л.И. Спивак, были самым благоприятным периодом за известное мне время существования кафедрального кружка. Это время принято называть «годами застоя». Мы этого застоя не чувствовали. Напротив, было ощущение, что отечественная наука, в частности медицина, ни в чём не уступает зарубежной, а учёные Военно-медицинской академии находятся на самом передовом её крае. В полной мере это относилось и к психиатрии. Все кружковцы чувствовали, что их научная работа крайне важна и непременно будет востребована. Немалая личная заслуга в этом была профессора Л.И. Спивака. Он не только руководил кружком, ежегодно председательствуя на научных конференциях и принимая участие в обсуждении каждой курсантской работы, но и сумел так организовать работу с кружковцами, что посещение очередного заседания кружка ожидалось с нетерпением и доставляло удовольствие.

Постоянного руководителя, насколько я помню, не было. Заседания кружка по очереди проводили Б.С. Фролов, О.Н. Кузнецов, Л.С. Шпилея, В.И. Курпатов, а также (по одному или два раза) Ю.В. Ященко и В.Ф. Зверев. Обязанности старосты исполнял В.Б. Дутов, а затем, когда он окончил академию – А.В. Рустанович. Общий и культурный уровень наших руководителей был очень высок. Особенно запомнились занятия по психологии и психопатологии творчества, которые О.Н. Кузнецов и Л.С. Шпилея проводили с нами в Эрмитаже, продолжая традиции А.А. Портнова и А.Л. Зюбана. Да и сам Л.И. Спивак был тонким знатоком искусства, особенно балета, в котором он разбирался профессионально.

Вот в таком окружении я оказался почти 40 лет назад, когда пришел в кафедральный кружок с наивным желанием понять, как работает человеческий мозг и познакомился с моим учителем – О.Н. Кузнецовым. Олег Николаевич первым делом спросил, что именно меня интересует. Услышав ответ: «психология бессознательного, а именно учение Зигмунда Фрейда, которого я хотел бы почитать в подлиннике», О.Н. Кузнецов отнесся к этому с пониманием. В то время Фрейд был фактически под запретом, публиковались только работы с критикой этого «буржуазного учения», с которыми я уже ознакомился, а работы самого Фрейда в библиотеке не выдавали, требовалось разрешение заместителя начальника академии. Видимо, это и возбудило мой интерес по принципу «запретного плода».

С одной стороны, Олег Николаевич сделал все, чтобы удовлетворить мое любопытство. Написал свое аргументированное ходатайство как научного руководителя, что ознакомление с работами Фрейда необходимо для проведения научных исследований. Процедура оказалась довольно сложной. Это ходатайство нужно было заверить у начальника кафедры. Л.И. Спивак несомненно знал, что интерес к Фрейду его предшественника А.С. Чистовича закончился увольнением того из Военно-медицинской академии. Леонид Иванович мог попросту отмахнуться от этого – мало ли какие запрещенные книжки захотелось почитать курсанту 3-го курса, объясняйся потом с политотделом академии. Тем не менее, он это ходатайство не побоялся подписать. Бумага через нашего начальника курса (который вряд ли подозревал, кто такой Фрейд) ушла к заместителю начальника академии, но никакого ответа получено не было.

С другой стороны, О.Н. Кузнецов объяснил мне, почему эта тема в нашей стране является запретной, и предложил заняться отечественной (грузинской) методикой изучения бессознательного, которая противопоставлялась психоанализу – теорией установки Д.Н. Узнадзе. Эта методика изучения бессознательного, основанная на иллюзии Шарпантье, была, безусловно, объективной. Можно было получить конкретные данные (цифры), которые возможно было посчитать, сравнить, а не умозрительно рассуждать о каких-то «комплексах» и т.д. Олег Николаевич одолжил в психоневрологическом институте у И.Н. Гильяшевой набор шаров для изучения установки, которые грузинские психологи подарили В.Н. Мясичеву, и я почти 4 года ходил с ними по клинике, исследуя больных с различной патологией, приставал с шарами к своим однокурникам, которые должны были составлять группу здоровых.

Уже в следующем 1978 году на «Итоговой конференции военно-научного общества слушателей посвященной 60-й годовщине ВЛКСМ» мы с Е.С. Кирсановым доложили работу «Исследование явлений установки в мышлении психически больных». Л.И. Спивак, который председательствовал на конференции, неожиданно для меня проявил заметный интерес к нашему докладу. Из его выступления было понятно, что ему не только известно об этих исследованиях, но он лично знаком с грузинскими психиатрами и психологами. С подобными комментариями наших работ по установке он выступал и на последующих конференциях.

На 5 курсе мы, наконец, приступили к изучению психиатрии. Первую (вводную) и несколько последующих лекций нам читал Леонид Иванович Спивак. Чтение лекций это особое искусство, не у всех преподавателей это получается. При всём уважении к моему учителю Олегу Николаевичу Кузнецову, приходится сказать, что чтение лекций ему не удавалось. Он читал лекции тихим голосом, торопился, речь его, порою была невнятной (наверное, из-за проблем с зубными протезами), зачастую сбивался на термины, понятные всего лишь нескольким слушателям в аудитории. Как следствие – многие на его лекциях попросту засыпали. На лекциях Л.И. Спивака не спал никто. Даже внешний его вид производил сильное впечатление. Тогда (в 1979 году) он только что получил воинское звание генерал-майора, поэтому на лекции приходил в новой, элегантно сидящей на нём генеральской форме. Держался он не то чтобы вальяжно, скорее свободно и с чувством собственного достоинства. Лекция читалась неторопливо, громким, хорошо поставленным голосом, ярко, доступно, всегда сопровождалась демонстрацией больных. На взгляд большинства из нас именно так должен был выглядеть академический профессор.

Экзамен по психиатрии я тоже сдавал Леониду Ивановичу Спиваку. Я не очень надеялся, что он меня узнает. Тем не менее, Леонид Иванович сразу узнал во мне кружковца, поинтересовался, как идут исследования по «установке», а по вопросам экзаменационного билета дополнительных вопросов не задавал.

После того как мы на 5 курсе сдали экзамен по психиатрии, нам предстояла войсковая стажировка. Поскольку учились мы в десантном взводе, нам предстояло проходить стажировку в Литве, в Гаджунайской учебной десантной дивизии. Самая интересная часть стажировки – конечно же прыжки с парашютом. Возникла идея провести научное исследование этого процесса с точки зрения психологии. Тему подсказал мой научный руководитель Олег Николаевич Кузнецов, ранее работавший с первым отрядом космонавтов, и куратор нашего десантного взвода полковник медицинской службы старший преподаватель кафедры психиатрии Владимир Ильич Барабаш, который в свое время тоже служил в ВДВ. Они говорили нам о том, что парашютисты явно испытывают страх и другие необычные состояния во время прыжков, которые раньше никто из психиатров не исследовал. Ситуация явно экстремальная и потенциально угрожающая жизни, должна вызывать эмоциональную реакцию. Поэтому темой стало исследование профессиональных фобий в воздушно-десантных войсках. Была разработана специальная анкета, которую мы раздавали офицерам-десантникам, ее заполняли солдаты в казармах и, разумеется, слушатели нашего взвода.

Не вдаваясь в подробности этой работы, скажу лишь, что она была темой моего доклада на следующей научной конференции слушателей Военно-медицинской академии. По её итогам Л.И. Спивак предложил выдвинуть доклад А.В. Рустановича и мой на межвузовский конкурс студенческих научных работ по психиатрии. Межвузовская студенческая конференция проходила в конференц-зале 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова. Обстановка, как мне тогда казалось, была торжественная. Руководители всех кафедр психиатрии уделяли студенческим работам большое внимание. В президиуме конференции кроме Л.И. Спивака были: заведующий кафедрой психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института Ф.И. Случевский, заведующий кафедрой психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова Б.А. Лебедев и заведующий кафедрой психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института Д.Н. Исаев. Все они принимали активное участие в обсуждении наших работ. Помню, я ужасно гордился, что моя работа заняла одно из призовых мест на этой конференции. Почетную грамоту, свидетельствующую об этом, которую мне вручал Леонид Иванович, я храню до сих пор.

Другой документ, который у меня хранится с тех времён – моя характеристика как заместителя старосты кружка ВНОКС по 2-му факультету, подписанная главным психиатром МО СССР генерал-майором медицинской службы Л.И. Спиваком. Она мне очень пригодилась. Её я предъявлял своему медицинскому начальству и Главному психиатру РВСН Виктору Николаевичу Мунько. Думаю, что благодаря этому я уже через два года после окончания Военно-медицинской академии (в 1983 году) поехал на первичную специализацию по психиатрии в 74 интернатуру при Львовском окружном военном госпитале, а через четыре года (в 1985 году) был назначен на должность психиатра в Мозырский военный госпиталь.

Вспоминается ещё один случай, на мой взгляд, характеризующий Леонида Ивановича Спивака. Это было на после окончания пятого, а может быть уже шестого курса, когда мы, сдав все экзамены, разъезжались в отпуск. Железнодорожные билеты продавали тогда только в одном месте города – в железнодорожных кассах на канале Грибоедова, напротив Казанского собора. Был июль, стояла жара, в очереди касс (в том числе и воинских, где оформляли билеты по воинскому требованию) огромная толпа народу, невероятная духота. Мне каким-то образом удалось пробиться к окошку кассы и взять билет. У Александра Рустановича это никак не получалось, а кассы скоро закрывались. В отчаянии с просьбой о помощи он позвонил своему научному руководителю Борису Серафимовичу Фролову, а может быть, мы связались с Олегом Николаевичем Кузнецовым, сейчас уже точно не помню. В результате они позвонили Л.И. Спиваку домой. Он жил совсем неподалеку на Невском проспекте и через несколько минут был уже на месте в генеральской форме. Генералам можно было брать билеты без очереди. Леонид Иванович, взял у Рустановича воинское требование и, протиснувшись через толпу солдат, матросов, курсантов и офицеров, оформил ему билет в Кишинёв. Мне трудно себе представить ситуацию, чтобы в наше время начальник кафедры, генерал стоял бы в очереди за билетом для курсанта, пусть даже старосты кружка.

Вот таким мне запомнился генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор, лауреат Государственной премии СССР Леонид Иванович Спивак – первый начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии которого я знал.

К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА СПИВАКА ЛЕОНИДА ИВАНОВИЧА

Шамрей В.К., Чудиновских А.Г.

В этом году известному отечественному ученому, бывшему начальнику кафедры психиатрии Военно-медицинской академии – Главному психиатру МО СССР, доктору медицинских наук, профессору, лауреату Государственной премии СССР, генерал-майору медицинской службы Леониду Ивановичу Спиваку исполнилось бы 90 лет. Он родился 23 октября 1925 года в городе Лубны, Полтавской области.

Его детство пришлось на нелёгкие предвоенные годы. Во время Великой Отечественной войны он поступил в Военно-медицинскую академию, которая до мая 1944 года находилась в эвакуации в Самарканде. Его интерес к психиатрии проявился ещё в годы учёбы. Начальником кафедры психиатрии Военно-медицинской академии был в то время доктор медицинских наук, профессор, генерал-лейтенант медицинской службы, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент АН СССР и академик АМН СССР Виктор Петрович Осипов. Видимо, увидев этот интерес юного курсанта к психиатрии, Виктор Петрович посодействовал тому, что после успешного окончания Военно-медицинской академии в 1947 году Леонид Иванович был оставлен в адъюнктуре на кафедре психиатрии академии. Вероятно, это последнее, что успел сделать для военной психиатрии В.П. Осипов, который в том же году скончался.

С кафедрой психиатрии академии была связана большая часть жизни Л.И. Спивака – почти 4 десятилетия. После окончания адъюнктуры Леонид Иванович в 1951 году защитил кандидатскую диссертацию и назначен на должность младшего преподавателя кафедры. Уже в 1953 году он стал старшим научным сотрудником, а с 1956 года – преподавателем кафедры психиатрии.

В эти годы кафедре психиатрии возглавлял профессор А.С. Чистович. Коллектив готовился к юбилею – 100-летию кафедры и Андрей Сергеевич поручил Л.И. Спиваку написать книгу об истории кафедры. Эта была первая заметная монография Леонида Ивановича «Краткий очерк истории кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. Кирова», вышедшая в 1958 году, которая неизменно упоминается всеми исследователями истории военной психиатрии.

В годы «холодной войны» на кафедре усиленно разрабатывались вопросы психиатрии военного времени. Л.И. Спивак активно в них участвовал, что нашло отражение в его монографии (в соавторстве) «Нервно-психические нарушения при действии оружия массового поражения», вышедшей в 1961 году.

В 1962 году Л.И. Спивак защитил докторскую диссертацию «Психопатии и психопатоподобные состояния: клиника эксплозивной формы, динамика, диагностика, компенсация и декомпенсация в условиях военной службы», а в 1965 году получил звание профессора.

С 1968 года Л.И. Спивак профессор-консультант Ученого совета Военно-медицинской академии. Этот институт профессор-консультантов Ученого совета ВМедА существовал с 1947 по 1985 год. Идея его создания преследовала цель продления творческой деятельности в высшей школе опытных кадров, выслуживших возрастной предел на занимаемых руководящих научно-педагогических должностях. Несмотря на то, что Леонид Иванович не относился к категории «выслуживших возрастной предел» (на момент назначения ему было только 43 года), это была весьма высокая должность. Профессор-консультант пользовался правами начальника кафедры, подчинялся начальнику академии, его заместителям и являлся членом Ученого совета. На этой должности Леонид Иванович не прекращал научных исследований. Их результатом была монография «Психотомиметики», изданная в 1971 году в соавторстве с Г.И. Мильштейном.

С 1973 по 1985 год Л.И. Спивак исполнял обязанности начальника кафедры психиатрии Военно-медицинской академии и главного психиатра МО СССР. Основными направлениями его научных исследований в эти годы были: психопатии, действие психотомиметиков, измененные состояния сознания в норме и патологии, применение психофармакологических средств для повышения боеспособности военнослужащих. Под его руководством были защищены 2 докторских и 14 кандидатских диссертаций. Были изданы ряд трудов: «Памятка в помощь войсковому врачу по раннему выявлению военнослужащих с нервно-психической неустойчивостью» (1976, в соавторстве с Богаченко В.П., Яголиковским Л.А.), «Психопатии» (1981), а также методическое пособие «Диагностика и лечение психопатий» (1985).

После увольнения в 1985 году из рядов Вооруженных Сил Леонид Иванович вел активную творческую жизнь. С 1985 года он ведущий научный сотрудник Института мозга человека РАН. Его научные исследования этого периода нашли отражение в монографиях «Осложнения психофармакологической терапии» (1988, в соавторстве с Райским В.А. и Вилинским Б.С.) и «Психогении в экстремальных условиях» (1991, в соавторстве с Александровским Ю.А.).

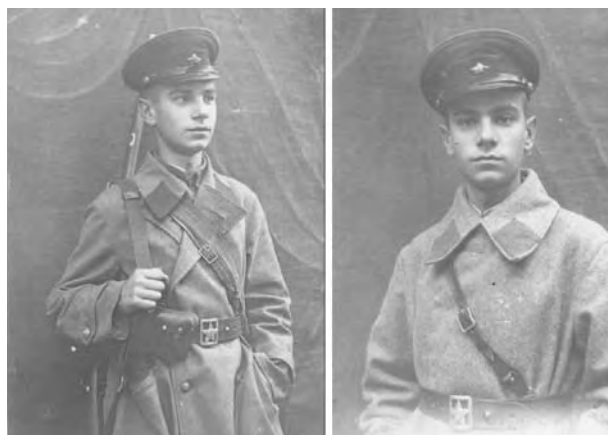
Скончался Леонид Иванович неожиданно в расцвете творческих лет, 25 января 1999 года.

Ниже приводятся воспоминания учеников и коллег Леонида Ивановича. В рамках данной конференции в знак уважения его заслуг проводится заседание, посвященное его памяти.

ФОТОЛЕТОПИСЬ



*Л.И. Спивак с родителями.
Саратов. 15 января 1936 г.*



*Л.И. Спивак - курсант Военно-медицинской академии
им. С.М. Кирова 25 ноября 1942 г.*



Курсантские годы

С. Ч. ВММ
 им. Кирова
 ш. 1-й №6
 Спивак Л.
 22. IV. 46. 29. IV. 46

11-му кафедре психиатрии
 Военно-медицинской академии
 Домашняя записка.

Направляю докладываю, что я
 вышло заключение и психиатрии, и желая
 совершенствоваться в этой области в Вашей
 клинике.

Время, которое я рассчитываю — 3-4 часа в
 неделю или 12 часов.

Прошу Вас разрешить мне работать и заниматься
 на Вашей кафедре.

М. П. Сива

29. IV. 46

Докладная записка Л.И. Спивака с резолюцией В.П. Осипова

ВЫПУСКА ИЗ ЗАЧЕТНОЙ ВЕДОМОСТИ		
(на основе подлинных)		
ОТДЕЛ ЗАЧЕТОВ		
Тя. 21347 Г. курсовый выпуск курс (10 студентов) с/с Ученые степени и звание в порядке их сдачи		
Дисциплины	Ученик	Зачислен
1-й курс	Александров	Осипов
2-й курс	Борисов	Осипов
3-й курс	Васильев	Осипов
4-й курс	Григорьев	Осипов
5-й курс	Давыдов	Осипов
6-й курс	Зиничев	Осипов
7-й курс	Иванов	Осипов
8-й курс	Козлов	Осипов
9-й курс	Левин	Осипов
10-й курс	Михайлов	Осипов
11-й курс	Новиков	Осипов
12-й курс	Осипов	Осипов
13-й курс	Петров	Осипов
14-й курс	Романов	Осипов
15-й курс	Сидоров	Осипов
16-й курс	Тихонов	Осипов
17-й курс	Ульянов	Осипов
18-й курс	Федотов	Осипов
19-й курс	Харьков	Осипов
20-й курс	Цыганов	Осипов
21-й курс	Чайков	Осипов
22-й курс	Шаров	Осипов
23-й курс	Щербинин	Осипов
24-й курс	Юрьев	Осипов
25-й курс	Яковлев	Осипов

Выпуска из зачётной ведомости Л.И. Спивака



◀ 1947 г.

▶ 1949 г.

Л.И. Спивак – адъюнкт кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова



*Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Проводы В.А. Горового-Шалтана 1948 г.
Слева направо 3 ряд: 2-й - Глекель М.Ш., 3-й - Шакин М.И., 5-й - Бондарев Н.И., 6-й - Горовой-Шалтан В.А., 8-й - Хромов Н.А.,
5-й ряд: 3-й справа - Иванов Ф.И., 4-й - Спивак Л.И.*



*Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 1949 г.
Слева направо 1 ряд: Глекель М.Ш., Хромов Н.А., Горовой-Шалтан В.А., Бондарев Н.И., Шакин М.И.
Крайний справа во 2-м ряду: Иванов Ф.И. Крайний справа в 3-м ряду: Спивак Л.И. Крайний слева в 3-м ряду: Ильин И.И.*



*Ястребова Нонна Борисовна –
супруга Л.И. Спивака*



Л.И. Спивак с сыном у здания публичной библиотеки. Конец 1950-х годов.



Л.И. Спивак с женой и сыном. 1958 г.



Л.И. Спивак в Мисхоре 1961 г.



Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 1958 г.

*Слева направо 1 ряд: Бачерииков Н.Е., Хромов Н.А., Чистович А.С., Вишневский П.Е., Касаткина Г.В., Шведская А.Г.
2 ряд: Радимов Б.Н., Пеймер И.Я., Иванов Е.С., Богаченко В.П., Спивак Л.И., Рамзен Л.С., Чистович О.Ф., Радимов С.А.,
Умаров М.Б. 3 ряд: Орлов К.М., Чжан Цу-чи, Сорокин В.А., Новиков Е.А., Квасенко А.В., Тимофеев Л.Н.*

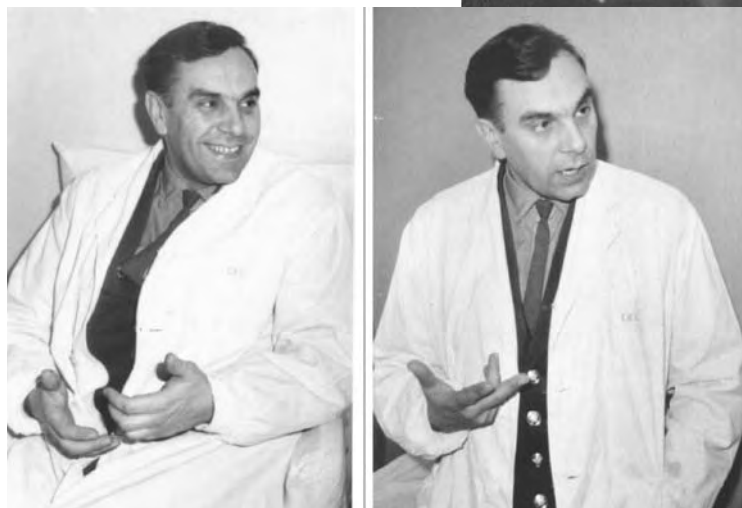


Сотрудники кафедры со слушателями ВАК 27 января 1960 г.

*Слева направо 1 ряд: Хромов Н.А., Иванов Е.С., Рамзен Л.С., Тимофеев Н.Н., 6-й - Спивак Л.И., Иванов Ф.И.
Слева направо 2 ряд: 2-й - Мунько В.Н., Новиков, 5-й - Родионов, Барабаш В.И., 9-я - Семенова-Тянь-Шанская В.В.,
Шведская А.Г., Умаров М.Б., Сорокин В.А.*



Л.И. Спивак в Риге 1963 г.



Л.И. Спивак в ГДР 1966 г.



*Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 1963 г.
Слева направо 1 ряд: 1-й - Спивак Л.И., 4-й - Портнов А.А., Молчанов Н.И., Бунтов Ю.Я.
Верхний ряд справа налево: Лысков Б.Д., Сорокин В.А., 4-й - Барабаш В.И., Зюбан А.Л.*



Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Март 1965 г.

*Слева направо 1 ряд: Барабаш В.И., Спивак Л.И., Иванов Ф.И., Портнов А.А., Богаченко В.П., Зюбан А.Л., Молчанов Н.И., Бунтов Ю.Я.
2 ряд: Николаева З.С., Светлова К.Н., Семенова М.И., Рамзен Л.С., Радимов Б.Н., Шведская А.Г., Жербина Л.Б., Касаткина Г.В., Власенко П.Е., Сорокин В.А., Чеботарев М.Ф., Лысков Б.Д., Чиглицев И.А.*



Л.И. Спивак с коллегами психиатрами 1967 г.



Л.И. Спивак в домашнем кабинете на Поварском переулке 1968 г.



*Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 1973 г.
Слева направо 1 ряд: 2-й - Барабаш В.И., Молчанов Н.И., Иванов Ф.И., Богаченко В.П., Спивак Л.И.
2 ряд: Курпатов В.И., 4-й – Зверев В.Ф., Лысков Б.Д., Петий В.Ю., Шпилея Л.С., Зюбан А.Л.*



*Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 1975 г.
Слева направо 1 ряд: 4-й - Молчанов Н.И., Спивак Л.И., Богаченко В.П.
2 ряд: Курпатов В.И., 5-й - Лысков Б.Д., Барабаш В.И., 9-й - Зюбан А.Л.
3 ряд: 2-й - Шпилея Л.С., Зверев В.Ф., 6-й - Петий В.Ю.*



Л.И. Спивак 1979 г.



Л.И. Спивак в Кавголово 1979 г.



Л.И. Спивак с супругой 1980 г.



На митинге, посвященном открытию учебного года 1 сентября 1979 г.



Коллектив кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. 1980 г.

Слева направо 1 ряд: Спивак Леонид Иванович, Зинаида Алексеевна, Морозова Инна Анатольевна, Рамзен Лидия Семеновна, Касаткина Галина Владимировна, Смолова Валентина Павловна, Богаченко Василий Петрович.

2 ряд: Саралидзе Юрий Григорьевич, Курпатов Владимир Иванович, Белова Лидия Андреевна, Шпилея Леонид Семенович, Ярэма Наталья Николаевна, Зверев Вадим Федорович, Ст. сестра Елена, Кузнецов Олег Николаевич, Корзун Зоя Михайловна, Радимов Борис Николаевич

3 ряд: Коцеев Андрей Николаевич, Зикевская Ксения Константиновна, Питий Виталий Юрьевич, Рудой Иван Степанович, Яценко Юрий Валентинович, Фролов Борис Серафимович



Сотрудники кафедры со слушателями академических курсов 1981 г.

Слева направо 1 ряд: 3-й Лыткин В.М., Богаченко В.П., 5-й Спивак Л.И.



Л.И. Спивак. 1980-е годы



Перед входом в клинику с главными психиатрами 1982 г.

Справа налево 1 ряд: Яценко Ю.В., Спивак Л.И., Мунько В.Н. 2 ряд: Кузнецов О.Н., Штиленя Л.С.



Встреча однокурсников. 35 лет со дня окончания Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова 7 октября 1982 г.



Учёный совет Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова 20 апреля 1984 г.



Л.И. Спивак. 1990-е годы, последнее фото

ПСИХИАТРИЯ
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

СОВРЕМЕННЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Абриталин Е.Ю., Корзнев А.В.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время до 34% больных с депрессивной патологией, несмотря на активное применение различных антидепрессантов, остаются резистентными к проводимому лечению. С целью преодоления терапевтической резистентности в комплексном лечении больных предлагаются разнообразные немедикаментозные технологии (транскраниальная магнитная стимуляция, депривация сна, гипо- и гипербарическая оксигенация и т.д.). При этом, наиболее эффективными из них считаются методы эфферентной терапии, электросудорожная терапия (ЭСТ) и, в самые последние годы, нейрохирургическая коррекция.

Электросудорожная терапия. ЭСТ применяется в психиатрической практике с 1938 г. Ее положительное действие первоначально связывали со стимуляцией (с помощью модулированных припадков) роста «недостающей» глии в головном мозге, согласно доминировавшему на тот период времени мнению о том, что в мозге больных шизофренией отмечается недостаток глиальных клеток, а у больных эпилепсией – их избыток. В настоящее время предлагается большое количество теорий (иммунологического, нейромедиаторного, диэнцефального, нейрогормонального, электро- и нейрофизиологического воздействия и т.д.), уточняющих механизмы терапевтического эффекта ЭСТ, однако окончательного объяснения его пока не существует. Вместе с тем, считается, что максимальное терапевтическое действие ЭСТ отмечается при психической патологии, в основе которой лежат так называемые «эндогенные» механизмы, цикличность возникновения и пароксизмальная активность мозга. При этом известно, что использование ЭСТ наиболее эффективно при депрессивном и кататоническом синдромах. Результаты современных исследований свидетельствуют об относительной безопасности данного метода, не имеющего абсолютных противопоказаний. К числу относительных противопоказаний к ЭСТ, как правило, относят выраженное повышение внутричерепного давления (с высоким риском вклинения ствола мозга).

Среди редких побочных действий ЭСТ выделяют спонтанные припадки (в единичных случаях – эпилептический статус), появление астенических расстройств, развитие длительной оглушенности разной степени выраженности, а также обострение ранее компенсированных заболеваний и, в редких случаях, развитие легочных осложнений (аспирационная пневмония, инфаркт легкого, отек легких). Следует, при этом, подчеркнуть, что в настоящее время сеансы ЭСТ проводятся только в условиях общей анестезии с применением миорелаксантов кратковременного действия.

Эфферентная терапия. Эфферентная терапия включает в себя различные методы экстракорпоральной гемокоррекции, среди которых (при терапевтически резистентных депрессиях) наиболее часто используются плазмаферез, гемосорбция, лазерное облучение крови и плазмасорбция. Лечебный эффект обуславливается удалением эндотоксических веществ из крови (посредством сорбции, вместе с плазмой или путем перфузии через адсорбенты в экстракорпоральном контуре), а также стимуляцией факторов неспецифической защиты (улучшение дезинтоксикационной, экскреторной и белковосинтезирующей функции печени, экскреторной функции почек, активизация энергообразующих процессов, усиление интенсивности гликолиза в тканях и т.д.). Осложнения эфферентной терапии встречаются примерно в 1/3 случаев, но носят, в большинстве своем, легкий транзиторный характер (гипертермические реакции, состояния слабости, общего недомогания, гематомы в области операционного доступа и др.). Более серьезные осложнения (обострения хронических заболеваний, тромбоэмболия, геморрагические проявления) при условии тщательного отбора пациентов встречаются в единичных (5-8%) случаях.

Показаниями для лечения данными методами являются заболевания и состояния, при которых другие виды терапии оказываются неэффективными. Успешное применение эфферентной терапии при фармакорезистентных депрессивных расстройствах предполагает использование следующих принципов: комплексность и сочетание с другими методами лечения; синдромологический подход в выборе показаний; клинически обоснованное применение изолированного, комбинированного и сочетанного характера использования методов экстракорпоральной гемокоррекции; по возможности, проведение эфферентной терапии после одновременной отмены психофармакопрепаратов.

Ограничениями для использования данных методов могут являться: возраст старше 65 лет (относительное противопоказание), наличие несанированных очагов инфекции, хронические декомпенсированные заболевания в финальной стадии, острый период инфаркта миокарда и невозможность создания адекватного сосудистого доступа.

Нейрохирургическая коррекция. Применение нейрохирургической коррекции в психоневрологической практике претерпело периоды как чрезмерного оптимизма (1936 – 1950 гг.), так и забвения (1950 – середина 60 гг.), заняв, в конечном итоге скромное место в ряду методов, используемых в особо тяжелых случаях в рамках комплексной терапии практически некурабельных больных, являясь, по сути, «терапией отчаяния», когда все другие известные способы лечения исчерпаны. В настоящее время применяются максимально щадящие (функциональные) методы стереотаксической нейрохирургической коррекции. Основанием для их использования явились результаты современных исследований, свидетельствующие, что при фармакорезистентных депрессивных расстройствах отмечается стойкая дисфункция в структурах лимбико-таламостриарной системы, вследствие чего

нейрохирургическая деструкция гиперактивных участков или нейростимуляция структур, оказывающих ингибирующее влияние на гиперактивные структуры, позволяет преодолеть терапевтическую резистентность.

Показаниями для нейрохирургической коррекции являются: длительность заболевания не менее трех – пяти лет; абсолютная резистентность ко всем видам биологической терапии; нарастающая тяжесть течения заболевания, несмотря на проводимую терапию; наличие в клинической картине болезни ведущего синдрома (в данном случае депрессивного), в лечении которого накоплен положительный опыт нейрохирургического воздействия. Противопоказаниями, соответственно, являются: возраст до 16 лет; общехирургические соматические противопоказания; отсутствие очерченного психопатологического синдрома, позволяющего четко сформулировать показания к операции и определить соответствующие «структуры-мишени». При этом следует подчеркнуть, что применение данных методов возможно лишь в системе комплексного лечения при условии полной исчерпанности других методов терапии.

Целью данной работы являлось изучение эффективности и безопасности применения методов эфферентной терапии, ЭСТ и функциональной нейрохирургической коррекции для преодоления терапевтической резистентности у больных с депрессивной патологией.

Материал и методы. Объектом исследования явились 108 пациентов (35 мужчин и 73 женщины) с фармакорезистентными депрессивными состояниями, в комплексном лечении которых применялись различные немедикаментозные методы. Возраст больных варьировал от 21 до 64 лет (в среднем $41,4 \pm 13,7$ лет), все обследованные пациенты согласно диагностическим рубрикам МКБ-10 были разделены на три группы (табл. 1): 1-я группа – больные с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга (F06), 2-я группа – пациенты с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений (F20, F25) и, наконец, 3-я группа – больные с депрессивными состояниями в рамках аффективных расстройств (F31-F33).

Таблица 1.

Распределение больных по группам и методам терапии

Группы больных	Немедикаментозные методы						всего	
	эфферентная терапия		ЭСТ		нейрохирургическая коррекция			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я группа	19	17,6	3	2,8	6	5,6	28	26
2-я группа	17	15,7	12	11,1	6	5,6	35	32,4
3-я группа	16	14,8	24	22,2	5	4,6	45	41,6
Итого	52	48,1	39	36,1	17	15,8	108	100

Количество проведенных сеансов ЭСТ варьировало от 5 до 13 (в среднем $9,1 \pm 2,4$). При этом в 1-ой и 2-ой группах среднее число сеансов было несколько меньше ($8,7 \pm 1,5$ и $8,6 \pm 2,5$, соответственно), чем в 3-ей группе ($9,5 \pm 2,5$). ЭСТ проводилась под внутривенным наркозом с миорелаксацией, использовалась билатеральная методика наложения электродов, параметры разряда подбирались индивидуально до формирования отчетливого судорожного припадка.

Среди эфферентных методов в основном использовались операции плазмафереза, значительно реже – лазерное облучение крови, плазмосорбция и гемосорбция (табл. 2), ряд из них сочетались между собой (плазмаферез и лазерное облучение крови, плазмаферез с лазерным облучением крови и гемосорбция, плазмаферез и гемосорбция, плазмаферез с плазмосорбцией, плазмаферез с плазмосорбцией и гемосорбция и др.).

Перед проведением нейрохирургической коррекции всем пациентам выполнялось развернутое обследование, включавшее компьютерную или магнитно-резонансную томографию (в ряде случаев позитронное эмиссионное томографическое исследование), больные и их родственники подробно информировались о возможностях предполагаемой операции, после чего подписывалось специальное информированное согласие. Окончательное решение об исчерпанности медикаментозных методов, показанности и возможности применения нейрохирургической коррекции принималось расширенным консилиумом, в состав которого входили медицинские специалисты разных лечебных учреждений (психиатры, нейрохирурги, психологи, рентгенологи и др.), а также представители независимой городской этического-юридической комиссии.

Таблица 2.

Количество проведенных операций экстаркорпоральной гемокоррекции

Группы больных	Наименование операции			
	плазмаферез	лазерное облучение крови	плазмосорбция	гемосорбция
1-я группа	37	15	8	5
2-я группа	49	5	20	6
3-я группа	35	19	0	7
Итого	121	39	28	18

В 15-ти случаях (88,2%) применения методов функциональной нейрохирургии выполнялась билатеральная стереотаксическая цингулотомия методом криодеструкции, дополнявшаяся в 3-х случаях (17,6%) двусторон-

ней инноминатотомией и в 2-х случаях (11,8%) – односторонней амигдалогиппокамптомией. Двоим пациентам подкожно имплантировался нейроэлектростимулятор и вводились электроды в головки хвостатых ядер и вагус с последующей электростимуляцией данных структур.

Плацебо-эффект используемых немедикаментозных методов не исследовался, поскольку имитация данных процедур могла быть сопряжена с множеством этических проблем и риском для пациентов.

Психическое состояние пациентов оценивалось с помощью клинико-психопатологического метода. Количественная оценка выраженности депрессивной симптоматики проводилась по шкалам оценки депрессии Гамильтона (HAMilton Depression scale – HAM-D) и Монтомгери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS), тревоги – по шкале оценки тревоги Гамильтона (HAMilton Anxiety scale – HAM-A). Оценка общей выраженности психопатологической симптоматики выполнялось по шкалам обобщенной оценки функционирования (Global Assessment of Functioning Scale – GAFS) и общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI). Экспериментально-психологическое обследование осуществлялось при помощи теста MMPI и методики Векслера.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета статистических программ «Microsoft Excel 2000» и «Statistica 6.0 for Windows» на ЭВМ типа IBM PC/AT. Для оценки уровня значимостей применялся t-критерий значимости различий Стьюдента, а при малых выборках – двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова, при проведении корреляционного анализа применялся коэффициент корреляции Спирмена. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что после применения *эфферентной терапии* тяжесть депрессивной симптоматики, оцениваемой с помощью HAM-D и MADRS, а также выраженность тревоги по HAM-A существенно уменьшались ($p < 0,001$), а общее функционирование по GAFS, напротив, значительно увеличивалось ($p < 0,001$) во всех группах больных с максимальными изменениями в 3-ей группе (рис. 1).

Динамика психического состояния на фоне эфферентной терапии отличалась определенными особенностями. Так, более чем в половине случаев (55,8%) наблюдались непосредственные эффекты операций, возникавшие в день ее проведения или на следующий день. В 82,8% случаев отмечалось появление бодрости, легкости, улучшение настроения, уменьшение головных болей, появление аппетита, причем больные подчеркивали, что подобное улучшение наступило у них впервые за продолжительное время лечения, включая и предшествующие госпитализации. Объективно отмечалось уменьшение количества предъявляемых жалоб, в ряде случаев субъективное улучшение когнитивных функций. В 17,2% случаев непосредственные эффекты операций проявлялись в виде ухудшения общего самочувствия, нарушения сна, снижения настроения, усиления эмоциональной и вегетативной лабильности. Чаще всего состояние пациентов оставалось неустойчивым на протяжении 3-5 суток после операции. В 89,7% случаев стабилизация состояния наступала через 5-7 дней по окончании курса эфферентной терапии.

Наблюдавшееся ухудшение самочувствия больных непосредственно после операции носило, как правило, временный характер и в большинстве случаев было связано с отменой или уменьшением на период ее проведения фармакотерапии, в связи с чем эффективность экстракорпоральной гемокоррекции следует оценивать не ранее, чем через неделю после последней процедуры.

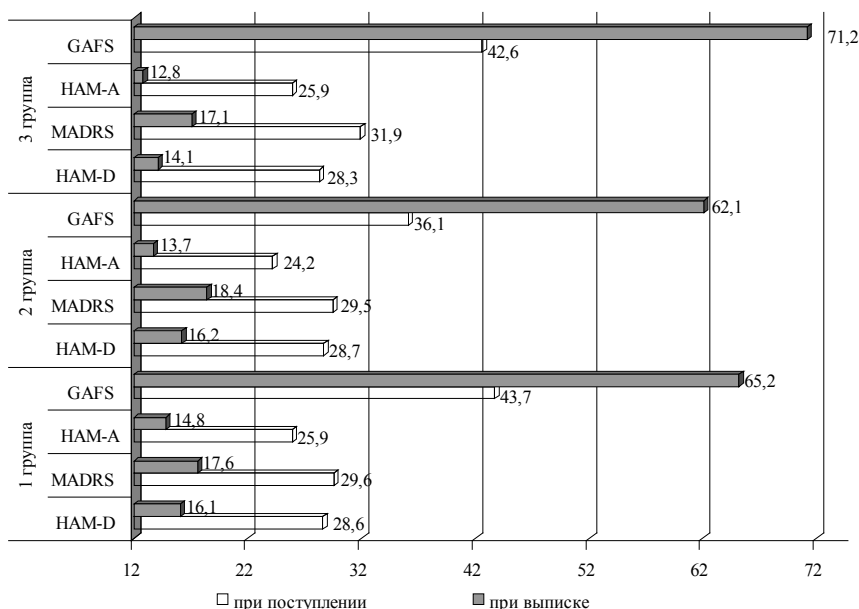


Рис. 1. Результаты обследования по психометрическим шкалам до и после применения эфферентной терапии

Осложнения эфферентной терапии были выявлены в 32,7% случаев: легкие – 26,9%, средние – 5,8%, тяжелые – 0%. В 94,1% случаев вышеуказанные осложнения наблюдались при операциях гемосорбции и плазмафереза. Легкие осложнения проявлялись в виде озноба, болей в области операционного доступа, гематом, средние – в виде обострений хронических соматических заболеваний (тонзиллита, пиелонефрита, бронхита). Обострения хронических инфекционных процессов, по-видимому, были спровоцированы временной иммуносупрессией вследствие удаления из крови части антител; все они наблюдались после операций плазмафереза и носили невыраженный, транзиторный характер, не отражаясь на общем состоянии пациентов. Тяжелые осложнения (такие, как тромбоэмболия или воздушная эмболия легочной артерии, геморрагический синдром) в обследованной выборке не наблюдались.

Также, как при лечении фармакорезистентных депрессивных расстройств с использованием методов эфферентной терапии, после ЭСТ тяжесть депрессивной симптоматики по шкалам HAM-D и MADRS существенно уменьшались ($p < 0,001$), а общее функционирование по GAFS значительно увеличивалось ($p < 0,001$) во всех группах больных. Наибольшие изменения отмечались в 3-ей группе по всем шкалам, причем по HAM-A уменьшение выраженности тревоги было более значимо ($p < 0,001$) по сравнению с другими группами ($p < 0,01$) (рис. 2).

Изменения психического состояния при проведении ЭСТ у большинства пациентов (69,3%) начинали наблюдаться после 4-го сеанса, при этом улучшение самочувствия к концу курса ЭСТ в той или иной степени были отмечены в 92,3% случаев. Было обнаружено, что в 3-ей группе пациентов антидепрессивный эффект ЭСТ начинал проявляться раньше, чем в других группах, однако, развивался несколько медленнее и требовал большего количества сеансов. Особенно эффективно подвергались редукции такие проявления, как ипохондричность, меланхолический аффект, тревога, психомоторная заторможенность. Следует подчеркнуть, что 14 пациентов (35,9%) ранее (до ЭСТ) безуспешно прошли курс эфферентной терапии, однако после проведения ЭСТ у 10-ти из них отмечалась положительная динамика.

Осложнения ЭСТ были отмечены в 5,1% случаев в виде повторных эпизодов оглушенности после сеанса с элементами дезориентировки и в 10,3% – в появлении астенических расстройств с быстрой утомляемостью, трудностью концентрации внимания и нарушением запоминания. Длительность курса ЭСТ в таких случаях сокращалась, и перечисленные осложнения быстро редуцировались. Еще у 2-х больных (5,1%) отмечалось развитие гипоманиакальных состояний (у одного после 5-ти, у другого после 11-ти проведенных сеансов), купированных в течение нескольких дней с помощью небольших доз нейролептиков.

При использовании методов функциональной нейрохирургии в комплексной терапии фармакорезистентных депрессивных расстройств наиболее значимо уменьшалась выраженность депрессивной симптоматики по HAM-D и тревоги по HAM-A во 2-ой группе ($p < 0,001$), менее значимо ($p < 0,01$) изменялись показатели HAM-D и HAM-A, а также общего функционирования по GAFS в 3-ей группе, по MADRS и GAFS – во 2-ой и по HAM-D и HAM-A – в 1-ой группах. Наконец, еще менее значимо ($p < 0,05$) уменьшались значения MADRS и увеличивались показатели GAFS в 1-ой и снижались оценки по MADRS в 3-ей группах (рис. 3).

Динамика изменений психического состояния в послеоперационном периоде определялась степенью тяжести и нозологической принадлежностью депрессивного синдрома, а также характером проводимой операции. В период пребывания в стационаре у большинства оперированных пациентов отмечалось снижение выраженности

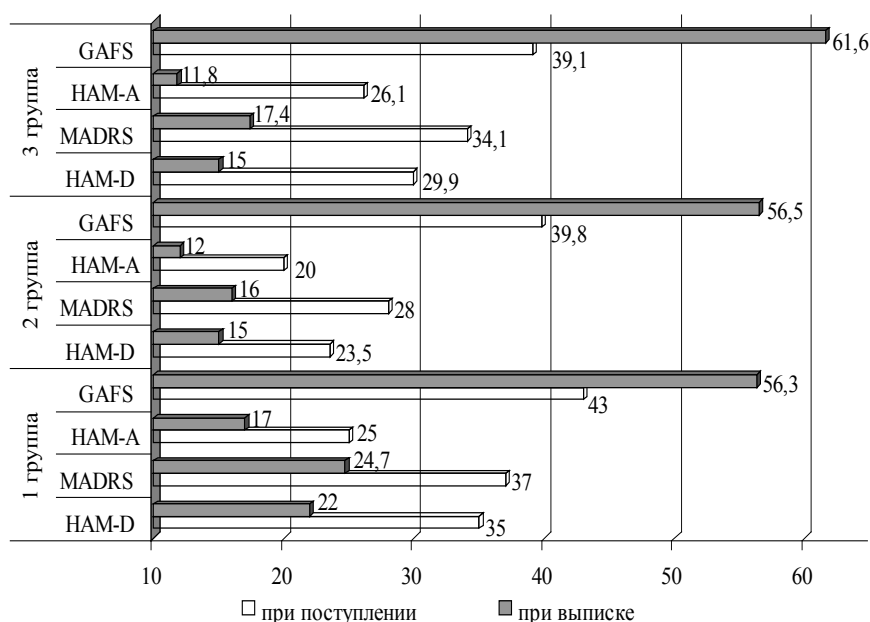


Рис. 2. Результаты обследования по психометрическим шкалам до и после применения ЭСТ

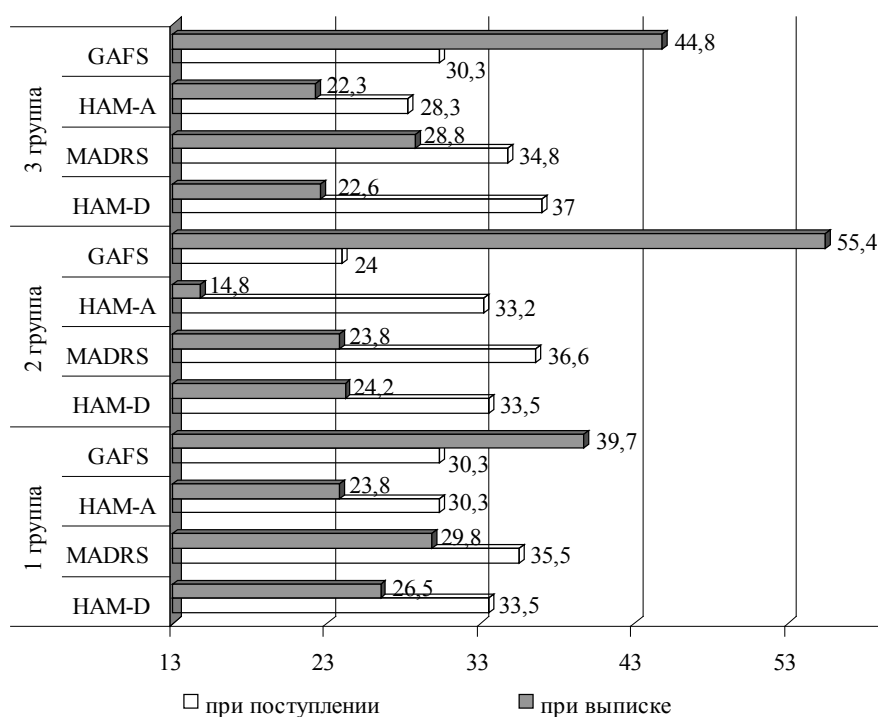


Рис. 3. Результаты обследования по психометрическим шкалам до и после применения нейрохирургической коррекции

аффективного напряжения, существенное уменьшение тревоги и появление терапевтического отклика на возобновляемое медикаментозное лечение. По шкале CGI-I улучшение наблюдалось в 88,2% случаев (значительное – 23,5%, умеренное – 17,6%, незначительное – 47,1%), отсутствие эффекта наблюдалось – в 11,8% случаев, ухудшение состояния не отмечалось. При этом, начальные изменения в психическом состоянии имели отставленный характер и могли наступать спустя 2-3 недели после операции (на фоне возобновляющейся фармакотерапии и проведения сеансов нейроэлектростимуляции у пациентов с имплантацией электродов в структуры головного мозга и вагус), с последующим прогрессивным нарастанием в течение нескольких месяцев. Вследствие этого предварительная оценка результатов нейрохирургической коррекции должна проводиться не ранее, чем через месяц после операции, а окончательная – не ранее, чем через год.

Осложнения наблюдались у 29,4% больных: в 5,9% случаев отмечено образование гематомы, расположенной по ходу вводимого инструмента и не повлекшей выпадения функций, еще в 5,9% случаев в первую неделю после операции отмечались эпизоды недержания мочи, у 17,6% пациентов наблюдались легкие парезы конечностей, быстро регрессировавшие в послеоперационном периоде. Необходимо отметить, что в комплексной терапии 15-ти пациентов (88,2%) до нейрохирургической коррекции применялись другие немедикаментозные методы (ЭСТ и эфферентная терапия), однако эффект проводимого лечения был недостаточным или нестойким.

Экспериментально-психологическое обследование выявило снижение выраженности депрессии, тревоги, уменьшение импульсивности и повышение интереса к окружающему после применения немедикаментозных методов терапии во всех группах (в 3-ей группе в большей степени, чем в двух других). Интегральные показатели интеллекта несколько улучшились на фоне общего повышения эмоционального тонуса больных и уменьшения аффективной напряженности. Психоорганические проявления, изучавшиеся клиничко-психопатологическим методом и с помощью теста Векслера, после применения немедикаментозных методов не нарастали ($p > 0,05$) и зависели, в основном, от их фонового уровня (при поступлении в клинику).

При корреляционном анализе были обнаружены значимые положительные связи ($p < 0,05$) между длительностью заболевания и результатами HAM-D и MADRS при выписке (коэффициенты корреляции $r = 0,35$ и $r = 0,43$, соответственно), т.е. чем длительнее заболевание, тем меньше терапевтический эффект; между возрастом больных и выраженностью заболевания по GAFS ($r = 0,44$), т.е. чем старше больной, тем у него лучше общее функционирование, но, при этом, у более пожилых пациентов изменения после лечения менее выражены (значимая отрицательная корреляционная связь между возрастом пациентов и разницей показателей GAFS на момент поступления и при выписке – $r = -0,26$).

Заключение. Проводя комплексный анализ применения немедикаментозных методов (эфферентной терапии, ЭСТ и нейрохирургической коррекции) для преодоления терапевтической резистентности при депрессивных расстройствах, необходимо отметить, что в задачи работы не входило сравнение эффективности данных методов, т.к. пациенты отличались по уровню тяжести и степени курабельности состояния. В процессе исследования оценивалась принципиальная возможность применения немедикаментозных технологий у больных с фармакорезистентными депрессиями для уточнения показаний к их использованию.

При выборе метода терапии для преодоления фармакорезистентности, прежде всего, рассматривалась возможность применения экстракорпоральной гемокоррекции, как относительно безопасной и имеющей высокую эффективность технологии. В тех случаях, когда в клинической картине превалировал меланхолический аффект, выраженная тревога, ипохондрия или высокая суицидальная готовность, было целесообразнее использовать ЭСТ, хорошо зарекомендовавшую себя при таких расстройствах. Кроме того, вопрос о применении ЭСТ возникал тогда, когда имелись противопоказания к проведению эфферентной терапии или ее применение было недостаточно эффективно. Наконец, при крайней некурабельности заболевания, когда другие, известные на сегодняшний день, методы лечения были исчерпаны, при прогрессирующем ухудшении состояния и инвалидизации больного, решался вопрос о возможности применения методов функциональной нейрохирургии.

В целом, результаты проведенного исследования позволяют отнести экстракорпоральную гемокоррекцию, ЭСТ и методы функциональной нейрохирургии к числу перспективных способов преодоления фармакорезистентности при депрессивных состояниях, дополняющих традиционные виды лечения и ориентированные на те звенья патогенеза, где лекарственное воздействие является недостаточно эффективным. В наиболее общем виде можно представить следующий алгоритм применения данных методов с целью преодоления терапевтической резистентности депрессивных расстройств:

1. Методы экстракорпоральной гемокоррекции на фоне отмены фармакотерапии или проведении «зигзага доз» – плазмаферез с лазерным облучением крови 4-5 операций (через 1-3 дня), а при высоком удельном весе «шизофреноподобной» симптоматики дополнительно 2-3 операции гемосорбции и/или плазмасорбции;

2. При отсутствии или недостаточном эффекте от эфферентной терапии, либо при наличии противопоказаний к ее проведению, а также при доминировании в клинической картине меланхолического аффекта, тревоги, ипохондрических переживаний, выраженной суицидальной готовности – электросудорожная терапия 8-12 сеансов (через 1-2 дня) с сокращением количества сеансов при отчетливом улучшении состояния или появлении осложнений;

3. При стойкой резистентности к проводимой терапии, в том числе после применения перечисленных выше методов, рассмотрение вопроса о возможности применения методов функциональной нейрохирургии с предпочтением щадящих органосберегающих операций (продолжительная нейростимуляция).

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЛЕТЧИКА

Благинин А.А., Емельянов Ю.А., Синельников С.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Одним из основных направлений продолжающихся мероприятий по формированию нового облика ВС РФ является оптимизация системы управления войск, в том числе за счет внедрения инновационных автоматизированных систем. Оснащение ВС РФ современными образцами медицинской техники является важнейшей задачей на ближайшее время и обязательным условием перехода к качественно новой системе вооружения Российской Федерации [1]. Однако на пути реализации этой задачи существует ряд еще нерешенных вопросов. Одним из них является разработка системы комплексной дистанционной оценки функционального состояния организма, под которым понимается совокупность имеющихся характеристик тех функций и качеств, обуславливающих успешность его профессиональной деятельности [2, 3]. Такой подход необходим для проведения мероприятий экстренной медико-психологической помощи, оценки профессиональной надежности военнослужащих, выполняющих операторскую деятельность по управлению высокотехнологичным вооружением и техникой; принятия решения об эвакуации [4].

В России и зарубежных странах уже много лет ведутся работы по производству современных компьютерных комплексов для диагностики психофизиологического и психического здоровья человека [5]. Анализ доступных источников литературы указывает, что проблема мониторинга состояния авиационных специалистов чрезвычайно актуальна. Среди причин негодности летного состава заболевания нервно-психические классы имеют место в 7,9%, а диспетчеров в 29,5% случаев [6].

На современном этапе исследования разработки в этой области базируются на «стационарной» оценке функционирования отдельных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной). Такой подход предусматривает проведение нагрузочных проб и выполнения тестовых заданий с отрывом человека от основной деятельности, а также привлечение высококвалифицированных специалистов для анализа результатов исследований. При этом полученные результаты разнородны и не дают «комплексной» оценки состояния организма. Решение этой задачи возможно с созданием комплекса многомерной оценки функционального состояния организма военнослужащих и её автоматизации. Он должен быть прост в использовании, не инвазивен, обрабатывать данные в реальном масштабе времени и давать интегральную многоуровневую оценку (включающую все регистрируемые показатели с учетом их значимости для определенного вида военно-профессиональной деятельности) состояния человека с её доступной визуализацией.

Сотрудниками ВМедА им. С.М. Кирова были выполнены исследования, результаты которых можно использовать при разработке перспективного комплекса. Так были выявлены закономерности изменений функционального состояния организма в процессе работы лиц операторского профиля деятельности. Установлена взаимосвязь негативных изменений функционального состояния с индивидуально-психологическими особенностями личности и успешностью обучения. Для раннего выявления функциональных расстройств был разработан комплекс информативных психофизиологических и психологических методик. Найдены физиологические, психические, психофизиологические и биохимические критерии оценки уровня профессиональной работоспособности операторов при различном психо-эмоциональном состоянии. Также сотрудниками академии были разработаны рекомендации по методам и критериям прогнозирования операторской работоспособности (использовались в Главном центре управления космическими аппаратами и Военной инженерно-космической академии им. А.Ф. Можайского) [3, 7].

Большой практический опыт накоплен и в сфере медико-психологического сопровождения военнослужащих. Разработана концепция медико-психологического сопровождения обучающихся и военнослужащих подразделений специального назначения [8]. Научно обоснованы критерии психологической готовности и профессионально важных психофизиологических качеств военнослужащих «силовых» структур к выполнению задач по предназначению. Создана система психофизиологической экспертизы и на ее основе предложена методология проведения коррекционных и реабилитационных мероприятий. Впервые было предложено понятие нервно-психической устойчивости (нервно-психической неустойчивости) для прогноза предболезненных состояний, которое легло в основу разработки алгоритма всего комплекса экстренной медико-психологической помощи [9].

Вместе с тем, разграничение состояний психического здоровья и болезни продолжает оставаться предметом научных дискуссий. Сохраняется проблема недостаточной разработанности критериев психической нормы, их субъективности, неспособности отразить многообразие и динамизм проявлений психической деятельности. Применительно к Вооруженным Силам принято считать, что психически здоровым является военнослужащий нравственно зрелый, умственно развитый, психологически уравновешенный, способный освоить воинскую специальность, адаптироваться к военной службе и преодолеть специфические для нее психофизические нагрузки [10]. Подобная постановка проблемы предусматривает оценку психического здоровья военнослужащих с позиций функционального (адаптационного) подхода. Психические и физические нагрузки, предъявляемые военнослужащим в процессе профессиональной деятельности, дополняют к категории психического здоровья способность к организованной психической деятельности в условиях чрезвычайной обстановки. Соответственно и психические нарушения, влияющие на боеспособность военнослужащих, выходят за рамки нозоспецифических форм.

Многомерный подход в оценке здоровья развивается в рамках формирующейся в последние годы в психиатрии «адаптационной» парадигмы, в соответствии с которой качество психического здоровья определяется не только клиникой и тяжестью психического расстройства, но и функциональными, адаптивными возможностями организма. Объединение нескольких критериев в единый методологический подход составляет сущность многомерной оценки психического здоровья [10].

Таким образом, создание автоматизированного комплекса дистанционной оценки функционального состояния организма военнослужащих позволит одновременно решить несколько задач, стоящих сегодня перед медицинской службой ВС РФ: повышение качества медицинского обеспечения и эффективности профессиональной деятельности военнослужащих.

Литература:

1. Фисун, А.Я. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: состояние и пути совершенствования / А.Я. Фисун // Воен.-мед. журн. – 2014. –Т. 335, №1. – С. 4-16.
2. Ушаков И.Б. Паттерны функциональных состояний оператора / И.Б. Ушаков, А.В. Богомолов, Ю.А. Кукушкин; Отделение биологических наук РАН. – М.: Наука, 2010. – 390 с.
3. Благинин, А.А. Надежность профессиональной деятельности операторов сложных эргатических систем: монография. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина., 2006. – 144 с.
4. Тюрин, М.В. Совершенствование оказания медицинской помощи при боевых действиях: мониторинг физиологического состояния военнослужащего / М.В. Тюрин, М.В. Сохранов, Е.В. Ивченко, В.Н. Цыган, В.М. Голицын и др. // Воен.-мед. журн. – 2014. –Т. 335, №1. – С. 45-47.
5. Чермянин, С.В. Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности / С.В. Чермянин, В.А. Корзунин, В.В. Юсупов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 49–53.
6. Быстрова А.Г. Актуальные вопросы медицинского освидетельствования авиационного персонала ГА Российской Федерации на современном этапе / А.Г. Быстрова, В.Д. Юстова // Совершенствование системы медико-санитарного обеспечения авиации и врачебно-лётной экспертизы. Профилактика профессиональных заболеваний и совершенствование системы оценки здоровья и условий труда -материалы международной конференции. М.: МАК, 2013. С. 36-47.
7. Синельников, С.Н. Функциональное состояние и работоспособность операторов при действии авиационного шума в зависимости от индивидуальных психофизиологических особенностей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., ВМедА, 2012 г. – 21 с.
8. Юсупов, В.В. Мероприятия профессионально-психологического сопровождения военнослужащих зарубежных армий и силовых структур России (обзор литературы) / В.В. Юсупов, Е.М. Захарова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 54–62.
9. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур. Метод. пособие. – СПб.: «Айсинг», 2010. – 268 с.
10. Шамрей, В.К. Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы / В.К. Шамрей, Г.П. Костюк, А.Ю. Гончаренко, В.А. Кобзов, В.В. Колякин // Воен.-мед. журнал. – 2011. – №6. – С. 53-58.

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (ПТСР) У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Боев О.И., Лекомцева О.В., Боев И.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский ГМУ», Ставрополь

Проблема изучения, диагностики, прогнозирования негативных психологических, психофизиологических и психических последствий, возникающих в результате воздействия комплекса стрессогенных факторов, обусловленных боевым и социальным стрессом, относится к числу наиболее актуальных. При этом у одних комбатантов, развиваются различные проявления посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), а у других признаки ПТСР не развиваются.

Многие авторы указывают на социальные факторы мирного времени как основную причину, которая провоцирует ПТСР у комбатантов. Беспристрастный анализ группы комбатантов, проживающих в отдаленном постстрессовом периоде в благоприятных социальных условиях, показывает, что у них развиваются аномальные личностные и поведенческие нарушения, невротические и психосоматические расстройства. В то же время среди комбатантов, проживающих в неблагоприятном микро- и макросоциуме, часто не наблюдается признаков ПТСР.

Цель исследования. Проведение дифференциальной диагностики и прогнозирования вероятности формирования ПТСР у военнослужащих, участников боевых действий.

Материал и методы исследования. Проведено эмпирическое, клиничко-психопатологическое, патопсихологическое и психофизиологическое обследование 560 военнослужащих, участников боевых действий, с верифицированным диагнозом посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в возрасте от 19 до 25 лет. Первая группа (основная) включала 224 военнослужащих-комбатантов, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с огнестрельными ранениями мягких тканей и признаками аномального личностного и поведенческого реагирования, с проявлениями ПТСР, соответствующих диагностическим критериям по МКБ-10. Вторая группа (сравнительная) состояла из 216 военнослужащих, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с признаками пограничных психических расстройств (ППР) реактивно-психогенного генеза и/или аномальным личностным и поведенческим реагированием. В третью группу (контрольную) вошли 120 военнослужащих срочной службы, не участвовавшие в боевых действиях, относящиеся к конституционально-психотипологическому диапазону психологической нормы-акцентуации. Из состава обследованных групп были исключены военнослужащие с признаками экзогенно-органического поражения головного мозга и эндогенных психических расстройств.

В качестве метода психофизиологической экспресс-диагностики использовался малогабаритный «Комплекс аппаратно-программной графической донозологической топической экспресс-оценки по БАЗ функционального состояния человека «АМСАТ-КОВЕРТ». Который включает 66 параметров. Психофизиологические исследования проведены в 1 группе у 144 военнослужащих, во 2 группе – у 118 и в 3 группе – у 92 военнослужащих.

Для непараметрической оценки использовался дискриминантный анализ (Ступак С.Ф., Боев И.В., 1979; Уткин В.А., 2002). При сравнительном психофизиологическом анализе использовался непараметрический критерий χ^2 , исходя из нулевой гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет (К.Браунли, 1978).

Полученные результаты. Психофизиолого-математический анализ подтвердил высоко достоверные различия между комбатантами, располагающимися в разных конституционально-континуальных диапазонах: диапазон психологической нормы-акцентуации и диапазон пограничной аномальной личности (ПАЛ, Боев И.В., 1999). Так, квадрат Махаланобиса при сравнительном анализе групп комбатантов, располагающихся в диапазонах нормы и ПАЛ равен 54 условных единиц, подтверждая значительное расстояние в трехмерном пространстве между среднестатистическими психофизиологическими параметрами сравниваемых групп. Этот факт указывает на достоверные количественные и качественные различия в надежности конституционально-психотипологических механизмов защиты и различия в психофизиологической толерантности к боевой психической травме (БПТ), подтверждая высокую психофизиологическую толерантность к БПТ у комбатантов диапазона нормы-акцентуации.

Полученные результаты обследования позволили построить психофизиолого-математическую модель дифференциальной диагностики комбатантов, располагающихся в различных диапазонах конституционально-континуального пространства, которая выглядит в виде линейной дискриминантной функции:

$$\begin{aligned}
 Y = & +11,7X1 + 46,8X2 - 66,9X3 + 5,82X4 - 113,6X5 + 140,3X6 - 97,62X7 + 19,67X8 - 12,91X9 + 14,54X10 - 57,86X11 + 176,68X12 \\
 & - 43,41X13 + 38,95X14 - 18,75X15 - 16,91X16 - 72,70X17 - 43,26X18 + 86,37X19 - 12,27X20 - 80,39X21 + 53,70X22 + 13,71X23 \\
 & + 158,35X24 - 34,49X25 - 50,10X26 - 36,97X27 - 64,94X28 + 79,64X29 + 121,19X30 - 88,83X31 + 16,78X32 + 224,79X33 \\
 & + 65,47X34 + 129,40X35 - 171,34X36 - 83,45X37 - 6,29X38 - 58,56X39 - 59,79X40 + 172,3X41 - 214,6X42 + 254,4X43 - 229,6X44 \\
 & + 9,58X45 + 16,18X46 + 3,44X47 + 1,95X48 - 7,46X49 - 16,07X50 + 15,25X51 - 31,14X52 - 1,54X53 + 1,57X54 - 5,71X55 - 18,69X56 \\
 & - 41,51X57 + 55,98X58 - 3,484X59 - 26,23X60 + 2,901X61 + 3,79X62 - 13,51X63 + 26,26X64 - 19,482X65 + 19,82X66
 \end{aligned}$$

где X – значения психофизиологических переменных по данным «АМСАТ».

Если после подстановки значений X в уравнение совокупное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то полученные результаты следует отнести к группе комбатантов диапазона психологической

нормы-акцентуации, если Y будет меньше R , то результаты соответствуют комбатантам диапазона ПАЛ, которые отличаются развитием аномальной личностной и поведенческой изменчивости, невротическими расстройствами в рамках ПТСР. Настоящую модель дифференциальной диагностики можно использовать в качестве экспресс-диагностики не только в лабораторных, но и в полевых условиях.

Для комбатантов диапазона ПАЛ характерно особое взаимосочетание психофизиологических маркеров в виде снижения витального тонуса до нижних границ нормы, которые выступают в качестве предикторов врожденной конституционально-психофизиологической недостаточности: параметры 13 – удельный вес вклада в дифференциальную диагностику – 133%, 14 – удельный вес – 130%; достоверное уменьшение параметров 11 (уд. вес – 54%) и 12 (уд. вес – 258%). Взаимосочетание психофизиологических параметров дает возможность идентифицировать уровень духовности личности, что особенно важно при прогнозировании вероятности развития ПТСР. Если комбатанты диапазона ПАЛ отличаются истощением конституционально-адаптационных резервов (параметр 21 – уд. вес – 33%), то для комбатантов диапазона нормы-акцентуации больше свойственно истощение личностно-психологических резервов, что неблагоприятно сказывается на механизмах социально-психологической адаптации (параметр 9 – уд. вес 54%). Таким образом, ненадежность функционирования конституциональных психофизиологических механизмов компенсации и адаптации ведут к снижению психологической и психофизиологической толерантности не только к БПТ, но и к социальным стрессорам у комбатантов, принадлежащих к диапазону ПАЛ, что прогностически повышает вероятность развития ПТСР. Предложенная дифференциальная психофизиолого-математическая модель, подтверждает большую надежность конституциональных механизмов защиты и высокую толерантность к БПТ у комбатантов диапазона психологической нормы-акцентуации.

Следовательно, проявления ПТСР в отдаленном периоде у военнослужащих комбатантов конституционального диапазона ПАЛ наиболее вероятны и сопровождаются стойкими психофизиологическими сдвигами, указывающими на снижение психофизиологической толерантности и нарушение механизмов защиты личности при воздействии дополнительных социально-информационных стрессов, что повышает вероятность срыва индивидуального барьера психологической и психической адаптации. Происходит актуализация конституциональных психофизиологических механизмов, лежащих в основе психологической, психической декомпенсации и поведенческой дезадаптации как результат конституциональной психотипологической недостаточности. Комбатанты диапазона психологической нормы-акцентуации в отдаленном периоде демонстрируют надежность механизмов защиты личности в виде стабильности психофизиологического гомеостаза. Полученные данные позволяют утверждать о важности и приоритете конституционально-психотипологических характеристик личности комбатантов в условиях социальных стрессов мирного времени.

Литература

1. Ступак, С.Ф., И.В. Боев / ФОРТРАН – программа для дискриминантного анализа. / пер. с М., ВНИИЦ, инв. номер П. 003496, 1979. – 1-9 с.
2. И.В. Боев И.В./ Пограничная аномальная личность./ Ставрополь, 1999. – 318 с.
3. Уткин В.А./ Статистические технологии в медицинских исследованиях./ Пятигорск: ГНИИК, 2002. – 214 с.
4. Браунли К.А. Статистическая теория и методология в науке и технике. М.: Наука. 1977. – 408 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ И ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Боев О.И.

Ставропольский ГМУ, Ставрополь

Известно, что участники боевых действий в мирное время под влиянием социальных стрессов отличаются аномальными формами поведения и/или формированием предпатологических, психопатологических расстройств невротического уровня (Ю.А. Александровский, 2000; Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Снедков Е.В., 1995; Ивашкин В.Т., Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В., Гуляев В.А., 1995). В ранний и в отдаленный период после выхода из условий боевых действий возникает необходимость оказания своевременной и адекватной психофармакологической коррекции с антропоцентрических позиций, когда усилия направлены на восстановление и укрепление конституционально-психотипологических личностных механизмов компенсации и адаптации.

Исходя из концепции конституционально-континуального пространства личности (И.В.Боев, 1999), существует конституциональный континуум, который имеет ряд личностных диагностических диапазонов с зонами перехода: диапазон психологической нормы–акцентуации => диапазон пограничной аномальной личности (ПАЛ) => диапазон патологической психической конституции в виде психопатии (личностные расстройства).

Лица, среднестатистические параметры которых соответствуют указанным диапазонам, отличаются разной степенью предрасположенности к аномальному личностному, психологическому и поведенческому реагированию как при воздействии значимых, так и банальных социально-информационных стрессоров. Так, у представителей диапазона ПАЛ наблюдается невысокая конституционально-психотипологическая толерантность к экзогенным стрессорам, неустойчивость функционирования индивидуального барьера психологической и психической адаптации и ослабление механизмов защиты личности.

Основной целью исследования явилось определение: существует ли психофармакологический тропизм психотропных препаратов к конституциональной структуре личности, располагающийся в диапазонах нормы-акцентуации или ПАЛ.

Материалы и методы. В эмпирическом обследовании принимало участие 768 испытуемых, составивших три группы в возрасте от 19 до 25 лет. В первую группу вошли 224 военнослужащих срочной службы, не участвовавшие в боевых действиях. Вторая группа включала 452 военнослужащих–комбатантов спецподразделений, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с огнестрельными ранениями мягких тканей. Третья группа являлась контрольной и состояла из 92 условно здоровых студентов-добровольцев этого же возраста. Представителей диапазона психопатии среди военнослужащих и комбатантов выявлено не было.

Клинико-экспериментальное исследование проводилось с помощью «двойного слепого» метода, когда испытуемые однократно, через день принимали внутрь малые дозы психотропных препаратов из следующих групп: нейролептики – этаперазин 4 мг и/или тералиджен – 5мг; транквилизаторы – диазепам (реланиум) 5 мг и/или феназепам – 0,5 мг; антидепрессанты – коаксил 12,5 мг и/или, сертралин (золот) – 50 мг. До приема препаратов, через 1 час после каждого приема препарата и через 24 часа испытуемые подвергались психолого-психопатологическому и психофизиологическому обследованию.

В соответствии с методологическими принципами конституциональной психиатрии и психологии было выделено 124 испытуемых 1 группы, 176 испытуемых 2 группы и полностью 3 группа с последующей дифференциацией на 4 личностных психотипа, располагающихся в конституциональном континууме нормы-акцентуации и ПАЛ. Во 2 группе участников боевых действий распределение испытуемых было следующим: циклоидный психотип – 24 и 20 испытуемых норма – ПАЛ соответственно, эпилептоидный – 18 и 26, шизоидный – 22 и 22, истероидный психотип – 16 и 28 испытуемых соответственно. У всех испытуемых получено добровольное согласие и одобрение ЛЭК на проведение исследований.

С помощью психологических, личностных методик и клинических опросников (патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко, шкалы тревоги Тейлора, метода определения уровня невротизации и психопатизации, личностного опросника Айзенка, методики определения невротического состояния) определялась степень выраженности личностных декомпенсаций и поведенческих дезадаптаций, предпатологических и психопатологических нарушений невротического уровня.

С помощью психофизиологических диагностических комплексов «Пролог-ФОБОС» и «АМСАТ» до приема препарата, через 1 час и 24 часа после приема, подвергались анализу 24 и 64 параметра, характеризующие уровень психофизиологического функционирования всех органов и систем испытуемых с конкретным психотипом, которые взаимодействовали с химической структурой психофармакологических препаратов.

Полученные результаты были подвергнуты сплошной непараметрической математической обработке в виде дискриминантного и кластерного анализов (Уткин В.А., 2002). Сравнительный анализ эффективности позитивного или негативного влияния психофармакологических препаратов на структуру личности проводился с использованием критерия Х-квадрат, исходя из нулевой гипотезы, что никакого отличия между сравниваемыми группами нет (К. Браунли, 1978).

Результаты и их обсуждение. Все представители, относящиеся к диапазону психологической нормы – акцентуации (военнослужащие срочной службы, комбатанты, студенты) обнаружили синхронную и достоверную ($p < 0,001$) положительную реакцию на прием транквилизатора – реланиума в виде гармонизации психофизиологического профиля личности.

У представителей, относящихся к диапазону ПАЛ, также обнаруживалась синхронная и достоверная положительная реакция на прием транквилизатора в виде гармонизации психофизиологического профиля. Однако, положительная реакция отличалась меньшей стабильностью и временные параметры были весьма короткие, что отличало представителей ПАЛ от испытуемых, располагающихся в диапазоне нормы.

Последующее использование дискриминантного анализа и критерия Х-квадрат дало возможность построить психофизиолого-математические модели дифференциации трех подгрупп испытуемых, располагающихся по своим среднестатистическим параметрам, в диапазоне ПАЛ в зависимости от используемых психотропных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов).

Оказалось, что химическая структура препарата этаперазина, тералиджена, взаимодействуя с психотипологической структурой испытуемых с шизоидным психотипом, вызывала оптимальную гармонизацию психофизиологического профиля личности в виде активизации витального тонуса, гармонизации активности эмоционально-вегетативных структур ($p < 0,001$). При взаимодействии этаперазина или тералиджена с иной психотипологической структурой (эпилептоидной, циклоидной) достоверных ($p < 0,05$) изменений в психофизиологическом профиле не отмечалось.

Прием коаксила, сертралина обнаруживал достоверную гармонизацию психофизиологического профиля у представителей преимущественно циклоидного психотипа ($p < 0,001$). В тоже время, взаимодействие с иными психотипологическими структурами (шизоидной, эпилептоидной) не приводило к столь явной позитивной психофизиологической изменчивости. Следует отметить, что обследуемые, относящиеся к смешанным психотипам, у которых преобладала циклоидная структура, также обнаруживали достоверные признаки гармонизации психофизиологических переменных, свойственных психофизиологическому профилю лиц с циклоидным психотипом ($p < 0,005$). Прием транквилизатора с химической структурой диазепам, феназепам обнаруживал тропизм к представителям всех психотипов, но преимущественно к испытуемым с эпилептоидной ($p < 0,001$) личностной структурой. Именно у этой категории наблюдалась устойчивая позитивная психофизиологическая изменчивость, стабилизирующая личностную структуру.

Настоящие данные позволяют сделать вывод о том, что психотропные препараты при однократном воздействии на организм субъекта, прежде всего, взаимодействуют с конституционально-психотипологическими и личностными основами человека: для личности с конкретной структурой психотипа (эпилептоидной, шизоидной, циклоидной) наиболее конгруэнтна и эффективна вполне определенная химическая структура психофармакологических препаратов: транквилизаторов, нейролептиков или антидепрессантов.

Приведенные в настоящей работе результаты, позволяют с антропоцентрических позиций рассматривать перспективы оптимизации психофармакологической коррекции психофизиологической структуры личности, что является основанием для проведения дальнейших исследований, направленных на восстановление психологического и психического здоровья комбатантов.

Выводы. 1. Обнаружен тропизм, конгруэнтность между психотипологической структурой личности комбатантов и химической структурой психотропных препаратов, которые определяют психофармакологическую направленность, активность и оптимизацию психофармакологической коррекции личностных декомпенсаций и поведенческих дезадаптаций, предпатологических и начальных психопатологических проявлений невротического уровня.

2. Для оптимальной коррекции личностных декомпенсаций и поведенческих дезадаптаций у лиц, располагающихся в конституционально-континуальном диапазоне ПАЛ, оптимально использовать препараты конгруэнтные психотипологической структуре конкретной личности. Так для эпилептоидного психотипа – это транквилизаторы, для шизоидного – нейролептики, для циклоидного психотипа – это преимущественно антидепрессанты.

3. Для представителей диапазона психологической нормы – акцентуации, независимо от принадлежности к психотипу, оптимально использовать препараты из группы транквилизаторов при возникновении признаков личностной декомпенсации и поведенческой дезадаптации.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Снедков Е.В. Особенности организации психиатрической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах // Военно-медицинский журнал. – 1995. – №6. – С. 18-23.
3. Ивашкин В.Т., Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В., Гуляев В.А. Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи на этапах медицинской эвакуации // Военно-медицинский журнал. – 1995. – №3. – С. 32-37.
4. И.В. Боев И.В./ Пограничная аномальная личность./ Ставрополь, 1999. – 318 с.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В КЛИНИКЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Бологов С.Г., Старостин О.А., Васильева Т.Е.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Включение специалистов психологического и психотерапевтического профиля в комплексную систему диагностических и лечебных мероприятий по оказанию медицинской помощи пациентам соматического профиля продолжает традиции терапевтической школы профессора С.П. Боткина и психоневрологической школы академика В.М. Бехтерева по целостному (холистическому) подходу к организации клинической работы [4] и отражает современные взгляды на биопсихосоциодуховную парадигму пато- и саногенеза в клинике внутренних болезней [2].

По инициативе руководства кафедры и клиники факультетской терапии 3 года назад на отделении интенсивной химиотерапии гематологических больных была восстановлена ставка врача-психотерапевта, а позже в клинике появилась должность медицинского (клинического) психолога. Был выделен, отремонтирован и оснащён по современным требованиям просторный кабинет психокоррекции, который позволяет в комфортных условиях проводить групповые занятия (до 10 человек) и индивидуальные сеансы (сессии) психотерапии и психокоррекции. В настоящее время психологическая служба клиники состоит из двух специалистов: врача-психотерапевта (специалиста с высшим медицинским образованием и специализациями по психиатрии и психотерапии) и медицинского психолога (специалиста с высшим психологическим и специализацией по клинической психологии).

Поводом для обращения за психологической (психотерапевтической) помощью со стороны пациентов клиники являются симптомы соматоформных расстройств, проявления психосоматических нарушений, жалобы в связи с коморбидными невротическими состояниями, стрессогенными и нозогенными реакциями, тревожно-депрессивными расстройствами и психологическими проблемами личного и семейного характера, а также проявления дезадаптационных нарушений, связанных с основным заболеванием. О наличии в клинике специалистов психологической службы пациенты узнают, как правило, от своих лечащих врачей, заведующих отделениями, на врачебных обходах, в которых участвуют специалисты психологического профиля. Кроме того, в клинике в форме красочных буклетов с фотографиями и рисунками представлена доступная для пациентов информация о том, что такое психокоррекция и психотерапия, и чем может быть полезен пациенту врач-психотерапевт и медицинский психолог. Для пациентов, проходящих в клинике длительный (более 21 дня) курс лечения, предусмотрена система психологического сопровождения. Пациентам с психосоматическими нарушениями (такими как, начальная форма гипертонической болезни, нейроциркуляторная астеня и другие) лечащий врач назначает консультацию врача-психотерапевта, или медицинского психолога без сформулированного запроса больного, но при наличии его информированного согласия.

Специалисты психологической службы клиники обладают широким арсеналом психодиагностических и психотерапевтических методик и техник. Придерживаясь, в основном, гуманистического направления психотерапии, они используют в своей практике техники гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии, психодрамы. Активно применяются техники арт-терапии, песочной терапии, используются, в том числе, такие инновационные материалы, как «подвижный» («кинетический») песок. Учитывая то, что большинство пациентов находится на лечении не более 2-3 недель, используются, в основном, модели краткосрочного психотерапевтического взаимодействия (психокоррекции), в общей сложности 3-5 сессий продолжительностью 45-50 минут каждая. Исключение составляют пациенты онкогематологического и ревматологического профиля, находящиеся на лечении длительные сроки и получающие на протяжении всего срока лечения поддерживающее психологическое сопровождение. Психологическое сопровождение направлено в первую очередь на первичную профилактику госпитализма и нозогенных реакций, а также помощь в адаптации к основному заболеванию, поиск внутренних ресурсов выздоровления. Психологическое сопровождение включает в себя эмпатическое присутствие психолога, помощь в проживании периодов и состояний болезни, принятии этих состояний, информировании, легализации чувств (помощь в «разрешении» их испытывать), опора на интерес в диалоге и интерперсональное взаимодействие.

Психологическая служба клиники участвует также в работе по сохранению профессионального здоровья персонала клиники, профилактике эмоционального выгорания. В мае 2014 года психологическая служба провела анонимное тестирование всего персонала клиники и кафедры. В ходе данного обследования были выявлены признаки эмоционального выгорания у значительного количества врачей, преподавателей и среднего медицинского персонала, что соответствовало общему уровню эмоционального выгорания специалистов медицинских учреждений МО, описанных в литературе [3]. Результаты, полученные специалистами психологической службы, были проанализированы, сообщены руководству клиники и кафедры. По их итогам было принято решение начать программу профилактики и коррекции профессионального выгорания среди сотрудников клиники и кафедры. Были организованы и в настоящее время продолжают работать балинтовские группы для врачей и медицинских сестер. Балинтовские группы являются наиболее эффективным способом профилактики профвыгорания и коррекции уже имеющихся симптомов [1]. Они также позволяют через открытое и конструктивное обсуждение сложных случаев из лечебной практики, эмоциональное «отреагирование» по поводу «трудных» пациентов, достичь лучшего взаи-

мопонимания в коллективе, создать более эффективную коммуникацию между участниками лечебного процесса, разрешить производственные конфликты.

Одним из инновационных подходов к профилактике госпитализма, а также одной из форм групповой психотерапии стал опыт организации программы кинотерапии для пациентов клиники, в форме киноклуба. Возможности конференц-зала кафедры, наличие современных мультимедийных устройств и интерактивной доски-экрана позволили организовать еженедельный просмотр шедевров мирового и отечественного кинематографа с его последующим обсуждением зрителями-пациентами. Сеансы кинотерапии регулярно посещают около 20 процентов пациентов находящихся на лечении в стационаре. Данная форма психологической работы не только развлекает и отвлекает пациентов, но и, что более важно, помогает им соприкоснуться с общечеловеческими ценностями, открыть для себя новые смыслы и более продуктивные формы индивидуальной адаптации, получить поддержку и приятие со стороны других пациентов, улучшить, тем самым, свое психо-эмоциональное состояние.

Врач-психотерапевт и медицинский психолог психологической службы клиники участвуют в научно-исследовательской работе в рамках программ НИЦ академии и кафедры, курируют научно-исследовательскую работу студентов кафедрального кружка ВНОКС.

Таким образом, психологическая служба клиники факультетской терапии укомплектована квалифицированными специалистами (врачом-психотерапевтом и медицинским психологом), имеет в своем распоряжении достаточный по площади и оснащению кабинет психокоррекции. Специалисты психологической службы клиники использует в своей практике современное оборудование и аппаратуру клиники и кафедры, применяет наиболее эффективные техники и методики краткосрочной психотерапии и психокоррекции, внедряет в лечебную практику инновационные арт-терапевтические материалы и методики. Психологическая служба клиники способна решать задачи любой сложности по оказанию психотерапевтической помощи и психологического сопровождения пациентов, находящихся на стационарном лечении, а также по поддержанию профессионального здоровья коллектива клиники и кафедры, по профилактике их эмоционального выгорания. Специалисты психологической службы включены в учебно-научную деятельность кафедры. Опыт организации психотерапевтической помощи и психологического сопровождения в клинике факультетской терапии может быть полезен для организации психологической и психотерапевтической помощи в других клиниках, а также использован для создания единой системы оказания подобного вида помощи в академии.

Литература

1. Винокур В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: учебное пособие / В.А. Винокур. – Санкт-Петербург: СпецЛит.2015. – 191 с.;
2. Кулаков С. А. Биопсихосоциодуховная и синергетическая модель развития онкологического заболевания: системный подход / Известия РГПУ им. А.И. Герцена.– СПб, 2009.– №100.–С.131-142;
3. Овчинников Ю.В., Палченкова М.В., Калачёва О.В. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, принципы лечения, профилактика // Военно-медицинский журнал. – 2015. – №7. – С.17-24;
4. Незнанов Н.Г., Акименко М.А. Холистический подход В.М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – №1. – С. 3 – 6.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Буркин М.М., Молчанова Е.В.

Петрозаводский ГУ, Институт экономики КарНЦ РАН, г. Петрозаводск

Состояние здоровья общества – сложнейший комплексный показатель, зависящий от множества экономических, политических, социальных, экологических и других факторов. Демографический кризис в России связан с низкой рождаемостью и высокой смертностью. Совокупность этих тенденций и привела к снижению численности населения.

Среди внешних причин смертности особенно остро стоит проблема суицидального поведения. По данным ВОЗ, вследствие суицида в мире ежегодно погибают около одного млн. чел., от 10 до 20 млн. чел. совершают суицидальные попытки. Самоубийство стало ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста [1].

В последние годы внешние причины стали занимать третье место в структуре смертности населения России. В 2013 г. смертность от внешних причин составила 129,2 умерших в расчете на 100 тыс. чел. населения (в Карелии 140,3), в том числе от случайных отравлений алкоголем – 10,1 (в Карелии 12,6), от самоубийств – 20,1 (в Карелии 24,5), от убийств – 10,1 (в Карелии 9,9), от транспортных несчастных случаев – 20,3. Россия входит в число стран-лидеров по уровню смертности населения от самоубийств. Показатели количества самоубийств в России заметно превышают среднемировые. Подобные негативные тенденции имеют место и в Республике Карелия. В регионе отмечено превышение общероссийского показателя по уровню зафиксированных самоубийств.

Исследование случаев ухода из жизни, рассмотренные через призму этнокультурных факторов, выявили, что внутри финно-угорской этнической группы, как на территории Российской Федерации (Удмуртия, Мордовия, Карелия, Коми), так и на территориях других государств (Венгрия, Финляндия, Эстония) исторически наблюдается более значительный уровень суицидов. Объясняют эту тенденцию особенностями мировоззрения, традиций, поведенческих норм финно-угорских народов (более позднее по сравнению с другими этносами проникновение христианской морали, осуждающей самоубийство, воздействие мифов язычества – вера в потустороннюю жизнь, отсутствие боязни смерти и т.д.).

Сложность и многофакторность феномена суицидального поведения вынуждают многих исследователей оперировать в основном его качественными показателями, трудно поддающимися количественной оценке. В связи с чем, измерение суицидального риска методами, обеспечивающим сопоставимость показателей во времени и между популяциями, является существенным требованием для оценки эффективности функционирования национальных систем здравоохранения. Только на базе такого рода оценок можно прогнозировать развитие событий, предсказывать последствия принимаемых организационно-управленческих решений в сфере оказания медико-санитарной помощи.

Настоящая работа построена на изучении проблемы суицидального поведения на макро- (уровень страны) и мезоуровне (уровень региона). На первом этапе исследования для оценки суицидальной смертности в России использовались данные проекта по оценке Глобального бремени болезней (ГББ). Идеология проекта ГББ предлагает использовать показатель потерянных лет здоровой жизни (DALY – Disability Adjusted Life Years), который наиболее удобен для выделения вклада различных причин потерь здоровья. Индекс DALY для некоторого заболевания или расстройства здоровья представляет сумму двух величин: $DALY=YLL+YLD$. Показатель YLL (years life lost – годы потерянной жизни) характеризует потери вследствие преждевременной смертности, второй компонент – индекс YLD (years lost due to disability) – годы жизни, потерянной вследствие нарушений здоровья (без учета смертельных исходов). Статистическая база данных ГББ находится в открытом доступе [2, 4].

Индекс DALY позволяет достоверно определить конкретные причины и факторы риска, оказывающие влияние на высокую смертность и заболеваемость, выделив наиболее уязвимые категории населения. Основными причинами «потерянных лет здоровой жизни» (DALY) для всего населения в России являются сердечно-сосудистые заболевания (31%), «внешние причины» (13%), онкологические заболевания (12%). Однако, следует обратить особое внимание на формирование показателя DALY в возрастной группе от 15 до 49 лет. Главные его составные части: «внешние причины» (в том числе суициды, 25%), психические расстройства и расстройства поведения (в том числе алкоголизм и наркомания, 16%), сердечно-сосудистые заболевания (14%). Таким образом, суицидальная проблематика наиболее значима для экономически активного населения.

На втором этапе исследования при анализе смертности от самоубийств на макроуровне была разработана информационная база факторов для регионов Российской Федерации за 2009-2013 гг., состоящая из следующих блоков: социально-демографический состав населения, экология и природно-климатические условия, социально-экономическое развитие, доступность медицинских услуг, медико-демографические показатели, социальный стресс [3]. Всего порядка 70 показателей. Информация получена из сборников официальной статистики. В дальнейших расчетах мы использовали панельные данные (Panel Data) для регионов России, основанные на показателях созданной базы данных за 2009-2013 гг. Выделяют три модели регрессии по панельным данным: объединенная модель регрессии (pooled model), модель регрессии с фиксированными эффектами (fixed effect model), модель регрессии со случайными эффектами (random effect model). При проведении расчетов использовался специальный программный модуль статистического пакета R. Регрессионная модель с фиксированными эффектами при учете структуры панельных данных позволила получить значимый и обоснованный вариант моделирования, который

можно использовать для оценки уровня смертности от самоубийств в регионах России в зависимости от показателей социально-экономического развития. Было обнаружено, что уровень смертности демонстрирует четкую зависимость от факторов социального стресса и неблагоприятных экономических условий. На уровень смертности от самоубийств влияет экономическое развитие регионов (ВРП на душу населения), а также показатели социального стресса, которые можно количественно измерить: численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума (%), уровень зарегистрированных преступлений на 100 тыс. населения, уровень безработицы (%), алкоголизм и алкогольные психозы (численность больных, состоящих на учете в ЛПУ на 100 тыс. чел.).

Переходя от российских индикаторов к региональным показателям, мы остановились на материалах Республики Карелия. Причем, нам показалось интересным проанализировать ситуацию в Карелии в сравнении с финскими данными, поскольку по природно-климатическим условиям и географическому положению Республика Карелия и Финляндия очень похожи, однако в социально-экономических и демографических показателях наблюдаются существенные различия. На материалах суицидологической службы Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска (РПНД) была произведена математическая обработка выборки пациентов с незавершенными суицидальными действиями. Данные о пациентах представлены в виде специальной системы, включающей в себя семь блоков: дата суицида, общая информация о пациенте, личностные особенности, материальное положение, ситуация, повлекшая попытку суицида, состояние здоровья, семейное положение. В рамках исследования удалось проанализировать клинические особенности суицидентов и выделить стержневые симптомы, повлекшие за собой попытку суицида. Чаще других выявлялся аффективный симптомокомплекс, а именно: тревога либо депрессия, либо чаще, сочетание тревоги и депрессии. Как изолированно, так и в сочетании друг с другом тревога и депрессия резко снижают ценностное переживание жизни во всем ее многообразии и проблематичности. Таким образом, даже мягкие, субклинические формы аффективной патологии способствовали реализации суицидального поведения. Значительное влияние оказывала социальная среда, в которой жили пациенты: невысокий достаток, отсутствие прочных семейных взаимоотношений, скудность личностных интересов. Во многом это было определено сложной социально-экономической ситуацией, в которой человек не чувствовал себя востребованным, нужным обществу и окружающим.

С проблемой суицидального риска невозможно справиться силами одного лишь здравоохранения. Необходим универсальный подход, подразумевающий активное государственное регулирование региональных демографических и социально-экономических процессов. Может быть полезен опыт Финляндии, которая является страной с традиционно высоким уровнем суицидов. С 1986 года в Финляндии начат Национальный Проект предупреждения самоубийств. Все самоубийства (около 1500) в 1987 году были тщательно изучены с помощью психологической аутопсии как научно доказательного метода, выявившей у 93% жертв суицида по крайней мере одно психическое расстройство, почти у двух третей – депрессивное расстройство. В результате в стране были внедрены образовательные программы для врачей и целевые подходы лечения в группах риска. К 2005 году уровень суицидов в стране снижен на 40%. Для России и Республики Карелия задача представляется не менее актуальной, и результаты проведенного исследования могут быть полезны при создании региональных медико-демографических программ.

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ № 15-06-03978а).

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int
2. Ермаков С.П., Царьков А.О., Антонюк В.В. Оценка тенденций и общая характеристики показателей глобального бремени болезней российского населения за 1965-2002 гг. (предварительные результаты) – М. ЦНИИОИЗ, ИСПИ РАН 2004, 95 с.
3. Кручек М.М., Молчанова Е.В. Исследование медико-демографических процессов в регионах России методом регрессионного анализа по панельным данным // Региональная экономика: теория и практика. – 2013. – № 18 (297). – С. 41 – 50.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthdata.org>

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Гончаренко А.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Результаты обследования призывной молодёжи свидетельствуют, что до 40% лиц из числа молодого пополнения не обладают достаточным уровнем нервно-психической устойчивости и резервных возможностей организма. Отдельные признаки отклонений в эмоциональной, интеллектуальной и волевой сферах встречаются почти у половины лиц, призванных на военную службу [2]. С учётом сокращения срока службы по призыву, увеличился поток военнослужащих данной категории. При этом, каждый военнослужащий проходит этап адаптации и становления в воинском коллективе, а наиболее уязвимым периодом считаются первые три месяца военной службы [10].

Исходя из вышеизложенного, целью данного исследования явилось изучение организационно-теоретических основ организации современной психопрофилактической работы в ВС РФ и определение основных принципов и этапов повышения ее эффективности.

В ходе реализации поставленной цели были изучены законодательные акты и руководящие документы в сфере психического здоровья.

Результаты и обсуждение. Выявление, учёт, организация лечения военнослужащих «группы риска» и дальнейшее диспансерное динамическое наблюдение имеют основное значение в системе мероприятий по психопрофилактике в войсковом звене. Проведение этих мероприятий в настоящее время в Вооруженных Силах Российской Федерации возложены на врачей, не имеющих подготовки по специальности «психиатрия», а также психологов части. При этом объем проводимых мероприятий нередко ограничивается рутинными психологическими тестированиями, что в значительной мере снижает эффективность всей психопрофилактической работы и создаёт условия для ее формализма.

При этом, следует отметить, что анализ существующей организации психопрофилактической работы в ВС РФ предполагает планирование основных ее принципов и этапов исходя из категории военнослужащих и специфики прохождения военной службы.

1 этап: «Барьерный». Его задачей является выявление военнослужащих «группы риска», а также военнослужащих, непригодных по своим профессионально-психологическим качествам и состоянию здоровья к службе в ВС РФ. Выполняются мероприятия по профессионально-психологическому отбору, медицинскому и социально-психологическому обследованию молодого пополнения. При этом, в ходе проведения медицинских обследований и осмотров, повседневного медицинского наблюдения за личным составом *в процессе адаптации к военной службе*, врачами воинских частей, во взаимодействии с командирами подразделений, заместителями (помощниками) по работе с личным составом, специалистами по психологической работе, офицерами службы войск и безопасности военной службы, особое внимание должно уделяться военнослужащим «группы риска»: с признаками психических заболеваний и нервно-психической неустойчивости, а также склонных к злоупотреблению алкоголем, употреблению наркотических средств и психотропных веществ.

2 этап: «Мониторинг». Его задачей является ранняя диагностика психических нарушений и аддиктивного поведения среди личного состава, а также диспансерное динамическое наблюдение за военнослужащими «группы риска» и проведение своевременного психопрофилактического воздействия (психологическая консультация, кадровые решения, медико-психологическая реабилитация).

Базовым элементом психопрофилактических мероприятий в войсковом звене является многомерный скрининг психического здоровья, который необходимо проводить регулярно, начиная с конца первого месяца военной службы, а их результаты учитывать при формировании (корректировке) группы динамического наблюдения («группы риска»). Сущность подобного скрининга состоит в совмещении оценок медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной адаптации военнослужащего (рис 1), при ухудшении которых, необходимо планировать мероприятия медико-психологической коррекции или реабилитации (при необходимости – лечения) и быстрого возвращения в строй [3, 10].

Подобный многоосевой подход позволяет выявить, наряду с болезненными проявлениями, нарушения адаптации военнослужащих на различных этапах похождения военной службы и, таким образом, оценить эффективность психопрофилактической работы в целом, а также, что особенно важно, определить степень персональной ответственности соответствующих должностных лиц за ее реализацию [3, 4]. При необходимости проводится углублённое медицинское обследование с последующим наблюдением военнослужащих различными специалистами (психологом, врачом общего профиля, психиатром, наркологом). При проведении углубленного медицинского обследования военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, обязательным является осмотр врача-психиатра, с представлением ему необходимых характеризующих документов (служебная и медицинская характеристики, и т.п.) [6, 7]. Следует отметить, что сведения о факте обращения военнослужащего за психиатрической помощью, состоянии его психического здоровья и диагнозе психического расстройства, иные сведения, полученные при оказании ему психиатрической помощи, составляют врачебную тайну, охраняемую законом, что требует от должностных лиц строгого соблюдения и сохранения врачебной тайны [1, 9].

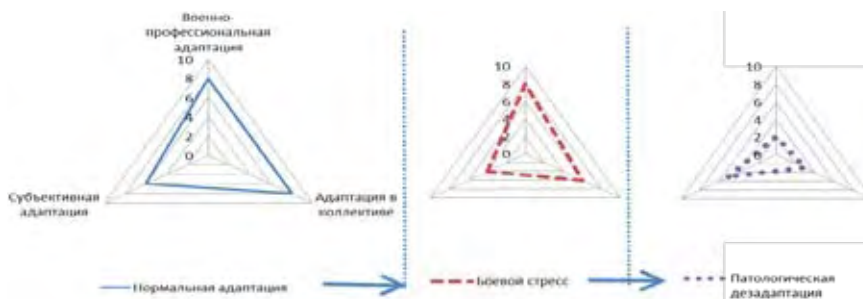


Рис. 1. Изменение «адапционного профиля» военнослужащего с риском формирования психических расстройств в ходе мониторинга психического здоровья



Рис. 2. Алгоритм действий командования при определении факта употребления наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ) у военнослужащего

Одним из важных элементов профилактики аддиктивных расстройств, являются регулярные обследования военнослужащих на факт употребления наркотических средств и психотропных веществ (НСПВ) [11]. Предварительные положительные пробы, выявленные с помощью экспресс-диагностических методов, врач части направляет на химико-токсикологическое исследование [3, 6]. При получении положительного результата химико-токсикологического исследования (рис.2) обследуемые лица подлежат направлению с подробными и объективными характеризующими документами на осмотр психиатром-наркологом (после их добровольного информированного согласия), и, при наличии медицинских показаний, направлению на медицинское освидетельствование военно-врачебной комиссией для определения категории годности к военной службе. В случае отказа военнослужащего от консультации психиатра и/или отсутствия у него психического расстройства, проводится служебное разбирательство по факту употребления НСПВ, с дальнейшими мерами дисциплинарного, административного или уголовного характера [11].

3 этап: «Реабилитация и экспертиза». Задачей данного этапа является проведение эффективных мероприятий медико-психологической реабилитации с последующей, при необходимости, военно-врачебной экспертизой.

Военнослужащие, включенные в «группу риска» по результатам мониторинга психического здоровья, по заключению врача части или врача-специалиста (психиатра), как правило, требуют соответствующих мероприятий медико-психологической коррекции и реабилитации. Помимо этого, отдельные категории военнослужащих, после выполнения ими задач, неблагоприятно отражающихся на состоянии здоровья, при наличии у них разных степеней утомления, в обязательном порядке нуждаются в проведении мероприятий медико-психологической реабилитации [5]. Перечень показаний к медико-психологической реабилитации в санаторно-курортных учреждениях и соответствующая им продолжительность отражены в приложении 2 приказа Министра обороны Российской Федерации от 10 сентября 2012 г. № 2550 «О медико-психологической реабилитации военнослужащих ВС РФ». Вместе с тем, в данном руководящем документе «показания» не приведены в соответствие с МКБ-10 (утомление разных степеней, астения), а критерии их оценок отсутствуют.

При наличии у военнослужащего психического расстройства (диагностированного психиатром), ограничивающего его годность к военной службе, ему необходимо обеспечить возможность стационарного обследования, лечения и проведения военно-врачебной экспертизы в ближайшем психиатрическом учреждении государственной или муниципальной систем здравоохранения с обязательным лицензированием данного лечебного учреждения и обучением специалистов по вопросам военно-врачебной экспертизы.

Выводы. В заключение следует отметить, что итогом реформирования медицинской службы ВС РФ с 2008 г. стало практически полное сокращение войскового психопрофилактического звена, что привело к ухудшению оказания психиатрической помощи военнослужащим и членам их семей. Вместе с тем, приказом Министра обороны 2014 г. №533 введены новые штаты кабинетов медико-психологической коррекции и групп медико-психологического сопровождения, а также определены их задачи по повышению эффективности психопрофилактической работы в войсках [4]. В частности, в нем отражен постулат, что только при совместных усилиях командиров, воспитателей, врачей и психологов должно осуществляться своевременное выявление военнослужащих «группы риска». При этом, следует подчеркнуть, что основными функциями психиатров кабинетов медико-психологической коррекции, при этом, являются: организация обучения санинструкторов навыкам определения нарушений адаптации к военной службе у своих сослуживцев и порядку последующих действий; координация совместной работы врача части с группой медико-психологического сопровождения и центров (пунктов) психологической помощи и реабилитации; и лишь в некоторых случаях – консультации военнослужащих.

Литература

1. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. №3185-1 О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании, с изменениями (ФЗ № 117 от 21.07.98 г., ФЗ № 116 от 25.07.02 г., ФЗ № 58 от 29.06.04 г., ФЗ №122 от 22.08.04 г., ФЗ № 203 от 27.07.10 г., ФЗ №4 от 07.02.11 г., ФЗ № 67 от 06.04.11 г., ФЗ №326 от 21.11.11 г., ФЗ № 185 от 02.07.13 г., ФЗ № 317 от 25.11.13 г., ФЗ № 421 от 28.12.13 г., ФЗ № 307 от 14.10.14 г.). – М. – 1992.
2. Никитин А.Э., Костин Д.В., Шамрей В.К. и др. Состояние психического здоровья лиц призывного возраста // Воен.-мед. журн. – 2010. – №6. – С. 17-20.
3. Организация работы групп медико-психологического сопровождения и кабинетов медико-психологической коррекции: методические рекомендации. – М.: ГВМУ, ВМедА им. С.М.Кирова, 2014. – 29 с.
4. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 04 августа 2014 года № 533 О системе работы должностных лиц и органов военного управления по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих ВС РФ. – М. – 2014.
5. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 10 сентября 2012 года № 2550 О медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооружённых Сил Российской Федерации. – М. – 2012.
6. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 18 июня 2011 года № 800 Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих в Вооружённых Силах Российской Федерации, с изм. внесенными приказом МО РФ № 534 от 4 августа 2014 года. – М. – 2011.
7. Приказ начальника тыла Вооружённых Сил Российской Федерации – заместителя Министра обороны Российской Федерации от 15.01.2001 г. №1: Руководство по медицинскому обеспечению Вооружённых Сил Российской Федерации на мирное время. – М.: Военное издательство, –2002. – 341с.
8. Устав внутренней службы Вооружённых Сил Российской Федерации (утверждён Указом Президента Российской Федерации от 10 ноября 2007 г. № 1495). – М.: Военное издательство, 2007. – 414 с.
9. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. – М. – 2011.
10. Шамрей В.К., Костюк Г.П., Гончаренко А.Ю., и др. Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы // Воен.-мед. журн. – 2011. – Т. 332, №6. – С. 53-58.
11. Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Шамрей В.К. и др. Профилактика наркоманий в Вооружённых Силах Российской Федерации: организация и проведение скрининговых обследований // Воен.-мед. журнал. – 2014. – №3. – С. 4-12.

РЕШЕНИЕ БОГОСЛОВСКОЙ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ ЖИТИЯ АРХИЕПИСКОПА ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)

Гориславец В.А.

ВМедА имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) отмечал, что «не в том ли кризис образованного человека, что у него «ум с сердцем не в ладу»? Не эта ли односторонняя «умственность» разъединила в России интеллигенцию и народ? И уже одно то, что в настоящее время под флагом науки, которая будто бы давно опровергла религию, преподносятся народу атеизм и антихристианство, заставляет нас глубоко обдумать и основательно решить вопрос: противоречит ли наука религии?»

Материалы исследования. Православное учение говорит о том, что человек троичен по своему составу, и жизнь его складывается из жизни духа, души и тела, которые изначально находились в неразрывной глубокой связи и строгом иерархическом подчинении.

Бог сотворил человека: «И сказал Бог: сотворим человека по образу Нашему и подобию Нашему... И сотворил Бог человека по образу Своему, по образу Божию сотворил его; мужчину и женщину сотворил их.» (Быт. 1. 26-27). Сам Бог «вдохнул в лице его (человека) дыхание жизни».

Тело имеет свои функции: потребность во сне, пище и т.д.

Через душевную деятельность мы испытываем определенные чувства, имеем суждения, формируем поведение для удовлетворения своих потребностей.

Дух человека богоподобен. Духовная жизнь есть жизнь в Духе Святом, раскрывающаяся в религиозной потребности искания и неутолимой жажде Абсолютного, Вечного и Безусловного, искании высшего смысла.

Православная антропология свидетельствует, что именно в духе заложено основа нашей индивидуальности, то есть самосознание. Дух пронизывает всю психофизическую природу человека, определяет «качество жизни», развитие и творческую силу души, деятельность всего организма, определяет динамизм душевной и телесной жизни. Образ Божий в человеке – это богоподобное свойство (свобода, ум, воля, способность к творчеству), а подобие – это возможность преображения. Поэтому, цель человеческой жизни, по свидетельству святых отцов, уподобление Богу через «стяжание Святого Духа» – «обожение».

Получив от Создателя чувственно-духовную природу, человек делается существом, соединяющим весь мир, занимает царственное положение в мире, которое он утратил через грехопадение.

Грех – это злоупотребление своей собственной волей, попытка обойтись без Бога, стать на место Бога. Источник греха – в духовной нашей сфере. Это категория духовно-нравственная. Грех пронизывает всю нашу природу, формирует склонность к злу, которая лежит в глубине души.

С грехопадением искажается вся природа человеческая. Распадается единство духа, души и тела. С грехопадением в мир вошли смерть, болезни, скорби. Зло, по христианскому мировоззрению, не в природе мира, а лишь в извращении ее, возникшем после грехопадения.

Повреждение человеческой природы оказалось настолько глубоким, что спасение стало возможным лишь совершением искупительного подвига Единородного Сына Божия Господа нашего Иисуса Христа, через его вочеловечение. На Голгофском Кресте восстановилась разорванная грехопадением связь твари с Творцом, источником вечной жизни. «Отче! В руки Твои предаю дух мой» (Лк.23,46), – последние слова нашего Спасителя, Своим примером призывающего человека в смирении и любви склониться перед волей Творца мира».

Митрополит Сурожский Антоний, врач по первой профессии, один из наиболее авторитетных богословов мира, глава Епархии Русской Церкви в Великобритании, в своих богословских трудах говорил «о самых сложных вопросах человеческого бытия. Центральной его темой является встреча человека с Богом».

«Тема встречи с Богом неразрывно связана у Митрополита Антония с темой встречи с человеком. Это та самая встреча, которая на протяжении тридцати восьми лет жаждал у купели Силоамской Евангельский расслабленный, на вопрос Христа: «Хочешь ли быть здоров?» ответивший: «Так, Господи, но не имею человека, который опустил бы меня в купальню» (Ин.5, 6-7). Слова, которые услышал Господь от расслабленного – «не имею человека», – отражают состояние современного мира, в котором миллионы людей страдают от одиночества и оставленности. Современное человечество не только обезбожено. Он обезчеловечено. Бесчеловечность, равнодушие к страданиям других, нежелание помочь, поделиться, выйти на встречу, эгоцентризм и эгоизм приобретают по истине вселенские масштабы. Всё труднее бывает в пустыне современного мира встретить человека, того, кто готов разделить с тобой радость и скорбь, праздники и будни, победы и поражения».

Единственным подлинным Человеком с большой буквы, для многих людей во все времена, как и для расслабленного, стал Богочеловек, Господь Иисус Христос.

Святые Отцы говорят о том, что в стремлении стать подлинными христианами мы должны быть «похожими на Христа».

В святоотеческой литературе пастырский труд нередко отождествляют с врачеванием. Святитель Григорий Богослов пишет, что «врачебное искусство направлено на материальное и временное», а «пастырство заботится о душе, которая нематериальна по происхождению».

Врач назначает больному лекарства, производит хирургические вмешательства, однако, значительно труднее врачевать нравы, страсти, образ жизни и волю.

«По всем этим причинам, – заключает Святой Григорий, – считаю я нашу медицину гораздо более трудной и значительной, а потому и более предпочтительней, чем та, что имеет дело с телами, ещё и потому, что последняя мало заглядывает вглубь, но и по большей части занимается видимым, тогда как наша терапия и забота всецело относится к сокровенному сердца человека».

Говоря собственно о медицине, Святой Григорий называет её плодом философии и трудолюбия, подчёркивая своё уважение к ней.

Василий Великий и Григорий Богослов изучали медицину в университетах, но не были врачами практикующими, а потому их сведение в области медицины касались в основном теоретических знаний. Владыка Антоний при освещении проблем физического и духовного здоровья человека использует, кроме того, свой врачебный опыт.

Священное Писание гласит: «Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его и от Вышнего – врачевание, и от царя получает он дар. Знание врача возвысит его голову, и между вельможами он будет в почете. Господь создал из земли врачевства, и благоразумный человек не будет пренебрегать ими. Не от дерева ли вода сделалась сладкою, чтобы познана была сила Его? Для того Он и дал людям знание, чтобы прославили Его в чудных делах Его: ими он врачует человека и уничтожает болезнь его. Приготавливающий лекарства делает из них смесь, и занятия его не оканчиваются, и чрез него бывает благо на лице земли. Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце. Вознеси благоухание и из семидала памятную жертву и сделай приношение тучное, как бы уже умирающий; и дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удалется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех; ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни. Но кто согрешает пред Сотворившим его, да впадет в руки врача!» (Сир. 38, 1-15).

Таким образом, Библия узаконивает действия врачей как целителей телесных недугов, но главным Врачевателем остается Сам Господь Бог.

Сердце является основным органом чувств, органом познания, мысли и восприятия духовных воздействий. Сердце, по Священному Писанию, есть орган общения человека с Богом, а, следовательно, оно есть орган высшего познания.

Поистине всеобъемлюща, по Священному Писанию, роль сердца в области чувства. Оно веселится (Иер. 15, 16; Есф. 1, 10; Пс. 103, 15; Притч. 15,13; 15, 15; 17, 22; Суд. 16, 25), радуется (Плач. 5, 15; Притч. 27, 9; Притч. 15, 30; Ис. 66. 14; Пс. 12, 6; 15,9; Притч. 23, 15; Еккл. 2, 10), скорбит (Пс. 12, 3; Иер. 4. 19; Пс. 24, 17), терзается до того, что псалмопевец кричит (Иер. 4, 19; 4 Цар. 6, 11; Пс. 72, 21), рвется от злобы (Деян. 7, 54) и горит трепетным предчувствием у Клеопы (Лк.24, 32). Оно негодует на Господа (Притч. 19,3), в нем гнездится гнев (Еккл. 9,3), прелюбодейная страсть (Мф. 5, 28), зависть (Иак. 3, 14), надменность (Притч. 16, 5), смелость и страх (Пс. 26, 3; Лев. 26, 36), нечистота похотей (Рим. 1, 24), его сокрушают поношения (Пс. 68, 21). Но оно воспринимает и утешения (Флм. 1, 7), способно к великому чувству упования на Бога (Пс. 27. 7; Притч. 3, 5) и сокрушению о грехах своих (Пс. 33, 19), может быть вместилищем кротости и смирения (Мф. 11, 29).

Таким образом, мы видим, что сердце является главным органом человеческого организма.

Болезни человека бывают телесные, душевные и духовные. Телесные – это те, при которых страдает тело. В их основе лежит временное или постоянное изменение структуры тканей человека (вплоть до клеточного и даже молекулярного уровня) приводящее к изменению нормальной работы органов и систем (сердечно-сосудистой, пищеварительной и других) и к снижению или потере трудоспособности.

Душевные болезни – это такие, при которых страдает психика человека, и ее изменения не укладываются в общепринятые рамки человеческого поведения и мышления.

Духовные болезни – это особый род заболеваний. При них страдает и дух человека, и душа, и, не редко, тело. Такие заболевания лечатся под покровом церкви.

Душевные болезни относятся к психиатрии. Диагностикой и лечением душевных расстройств занимаются в специальных психиатрических интернатах, лечебницах и диспансера.

В материалах Архиерейского Собора о психических заболеваниях говорится следующее: «Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы».

Предание и история свидетельствуют, что медицина никогда не отвергалась Православием и была неотъемлемой частью православной культуры. В Новом Завете нет осуждения применения медицинских средств. Согласно Священному Преданию, один из учеников Христа, апостол Лука, был врачом. Врачевание – профессия мучеников Космы и Дамиана Римских, великомученика Пантелеймона Целителя. В истории Церкви немало примеров, когда священники и даже епископы занимались врачеванием духовных и телесных недугов. Телесная болезнь – это следствие греха, во имя его исцеления приходит в мир и Сам Спаситель: «Не здоровые имеют нужду во враче, но больные... Ибо Я пришел призвать не праведников, но грешников к покаянию». (Мф. 9, 12-13). «Исцеляйте... больных», – учит Христос своих учеников (Лк. 10, 9).

Так как в истории неизбежны болезни, то должно сказать и о Таинстве святого елея, дарованного во отпущение грехов и исцеление наше, и ради подаяния божественной милости. Это Таинство, переданное от Спасителя Апосто-

лам, в знамения человеколюбия и милосердия, Церковь свято блюдет, как научены от Иакова, которого Павел называет братом Господним, который был братом Божиим и по родству плотскому, и по подражанию делами, получил величайший дар, и первый после Христа был наречён и сделался Иерархом. Именно, как скоро кто-нибудь из братьев впадёт в немощь телесную, или только душевную, – тот час вызывает пресвитеров Церкви, потому что они, а не диаконы, получили силу совершать таинства. Сила святого елея – величайшая. «Пусть болящий призовет пресвитеров Церкви, и пусть помолятся над ним, помазав его елеем во имя Господне. И молитва веры исцелит болящего, и восставит его Господь», – не люди, а Господь, потому что больной облачается благодатию освящения Господня. Но больной получает ещё нечто большее: «И если он содеял грехи, простятся ему» (Иак.5, 14-15). Видите силу этого священнодействия, которое и болезни разрешает, и больных восставляет, и грехи отпускает.

Отношение врача к своей профессии, к больным определяется, прежде всего, его духовным состоянием. Святитель Тихон Задонский писал: «Какое семя сеется, такой плод от него родится: от пшеницы – пшеница, от овса – овес, и рожденное от плоти есть плоть (Ин. 3,6). Так и Божье слово есть семя духовное, доброе, небесное, святое, животворящее и, посеянное в сердце человеческом, рождает человека подобным себе, то есть делает его духовным, добрым, небесным, святым, живым».

В «Кратком житии Святителя Луки, исповедника, архиепископа Симферопольского и Крымского» сказано о том, что, «будучи в третьей ссылке под Красноярском, уже в начале Великой Отечественной войны, профессор – хирург епископ Лука (Войно-Ясенецкий) предложил властям свой опыт и мастерство для лечения раненых советских воинов. С октября 1941 года его назначили консультантом всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвакогоспиталя. Инспекторская проверка показала, что ни в одном другом госпитале не было столь блестящих результатов лечения сложнейших инфекционных ранений суставов. Тысячи военных были спасены от смерти или пожизненной инвалидности.

Многие врачи с радостью учились у православного епископа. Он требовал от них делать все возможное для спасения больных, говорил, что они не имеют права думать о неудаче. Епископа – хирурга всегда возмущали случаи непрофессионализма, невежества во врачебной работе, от которых страдали люди и которые в светской медицине, к сожалению, нередки. Владыка Лука не терпел равнодушия к медицинскому долгу. Он учил своих помощников человеческой хирургии. С каждым раненым он вступал в личные отношения, помнил каждого в лицо, знал фамилию, держал в памяти все подробности операции и послеоперационного периода. Ныне стали широко известными слова Владыки Луки: «Для хирурга не должно быть случая, а только – живой страдающий человек».

Помимо того, что епископ Лука много оперировал, он должен был консультировать в разных госпиталях. За три недели 1942 года профессор побывал в семи госпиталях, осмотрел более восьмидесяти человек. Он просил разыскивать раненых с гнойными, осложненными поражениями тазобедренного сустава, тех, кого большинство хирургов считали обреченными. Многие раненые из числа безнадежных были вылечены.

Красноярск был самым дальним городом, куда доходила волна медицинской эвакуации. Преодолев тысячи километров, санитарные поезда доставляли до берегов Енисея раненых, многие раны у которых успевали нагноиться, ранения костей осложнялись запущенным остеомиелитом. Работать приходилось в невыносимых условиях. Штат был неумелым и грубым, врачи не знали основ хирургии. Все это отражалось на здоровье владыки. Во время операций он все чаще опускался на стул – не держали ноги. Трудно было подниматься по госпитальным лестницам: давала о себе знать эмфизема легких.

Владыка не скрывал от умирающих близость их смерти, так как они могли пожелать христианской кончины. Об умерших епископ молился дома – перед войной в Красноярске закрыли последнюю церковь».

Вывод. На примере жития Святителя Луки, профессора, врача-хирурга, мы видим, как воочию вершатся дела Божьи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ СОВМЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУОКСЕТИНА И ОЛАНЗАПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В РАМКАХ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Лобанова И.В.

Ярославский ГМУ, г. Ярославль

Актуальность проблемы депрессий обусловлена не только ростом числа пациентов с депрессивными расстройствами, но и видоизменениями клинической картины депрессий, и расширяющимися возможностями психофармакологии. По данным ВОЗ, к началу XXI века удельный вес депрессивных и ассоциированных с ними тревожных расстройств составил около 40% в общей структуре зарегистрированной во всем мире психической патологии (WHO, 2001).

Обследовано 32 пациента (23 женщины и 9 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст $29,62 \pm 1,10$) с рекуррентным депрессивным расстройством (тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов). Давность заболевания $6,40 \pm 0,68$. Количество приступов – $3,44 \pm 0,34$. Кроме того, при анализе учитывалась наследственная отягощенность психическими заболеваниями, преморбидные особенности личности, простая структура депрессии или наличие факультативных симптомов. Применялись следующие математические приемы: тесты Стьюдента, Вилкоксона (Манна-Уитни), корреляционный анализ, факторный анализ (метод главных компонент с ротацией фактора). До изучаемого депрессивного эпизода пациенты по разным причинам не получали противоречивую терапию. При поступлении в стационар был назначен флуоксетин 40–60 мг/с, оланзапин 10–15 мг/с. Анализ результатов осуществлялся до лечения, на 10, 20, 40 дни терапии.

Глубина депрессии в среднем до лечения составляла $27,56 \pm 0,23$ балла, на 10 день терапии – $25,21 \pm 0,37$; на 20-ый – $19,69 \pm 0,53$; на 40-ой – $8,65 \pm 0,74$ балла. Следовательно, в ответ на терапию флуоксетином в сочетании с оланзапином констатировалась постепенная, достоверно значимая редукция депрессивных симптомов на всех этапах регистрации, особенно выраженная после 20 дня наблюдения ($p < 0,001$).

Исследование закончили 29 (90,62%) пациентов. В трех (9,37%) наблюдениях произведена отмена (на 5 день приема препаратов в 1 случае и на 6 – в 2 случаях), в связи с возникновением нежелательных явлений в первом случае наблюдалась тревога, внутреннее волнение, ранняя и поздняя бессонница, умеренное психомоторное возбуждение, во втором случае – аналогичная симптоматика (исключение – вместо постсомнических расстройств – интрасомнические); в третьем случае имели место слабость, сонливость, головное давление, снижение артериального давления. У всех троих женщин наблюдалась тяжелая меланхолическая депрессия. В одном случае заболевание продолжалось более 10 лет и данный депрессивный эпизод был 5, в двух других случаях данный эпизод был 3, продолжительность заболевания составляла 2 и 3 года.

Побочные эффекты, не требовавшие отмены терапии, имели место в 17 (53,12%) наблюдениях (1–2 балла). В основном это были: сочетание головной боли и тошноты – 6 (18,75%), тревога и внутреннее напряжение – 5 (15,63%), из них у 3 сочетание с головной болью, нарушения сна – 4 (12,5%), тошнота и диспепсические расстройства – 2 (6,25%).

К 40 дню лечения «очень хороший результат» зарегистрирован в 31,25% случаев, «хороший» – в 31,25%; «удовлетворительный» – 18,75%; «неудовлетворительный» – 9,38%, отмена 9,38%. Количество респондеров к 40 дню терапии составило 81,25% (с учетом удовлетворительного результата).

При изучении редукции отдельных пунктов шкалы HAM-D на различных этапах исследования выявляются определенные различия. Достаточно равномерное ослабление симптомов с сохранением достоверной значимости от этапа к этапу исследования ($p < 0,001$) происходит по пунктам «чувство вины», «суицидальные намерения», «ранняя бессонница», «соматическая тревога». Улучшение по пунктам «средняя бессонница» и «потеря веса» происходит с достоверной значимостью ($p < 0,001$) до 20 дня исследования, уже к этому времени достигая низкого значения, при этом к 40 дню исследования потери веса у пациентов не происходит, значение по этому пункту равно нулю. По таким пунктам, как «депрессивное настроение», «поздняя бессонница» и «желудочно-кишечные соматические симптомы» улучшение происходит несколько замедленно: в первые 10 дней без достоверного снижения ($p > 0,05$) с последующим равномерным ослаблением ($p < 0,01$) к 20-му и 40-му дням. Схожая динамика редукции симптома «заторможенность»: начало достоверного ослабления после 10 дня ($p < 0,05$), резкое ослабление после 20 дня с достижением минимального значения ($p < 0,001$). В пунктах «работоспособность и активность», «психическая тревога», «генитальные симптомы», «ипохондрия» значимое улучшение наступает только на третьей неделе терапии ($p < 0,01$ между 20 и 40 днями). К 10 дню по этим пунктам фиксируется небольшое усиление симптоматики (без достоверной разницы с началом лечения), за исключением «работоспособности и активности», где ухудшения не наступает, но до 20 дня динамики не отмечается. Симптом «ажитация» (тревожное возбуждение) изначально отмечался на низком уровне, поэтому его равномерная редукция происходит без достоверной значимости между этапами наблюдения. Также не было достоверной динамики между этапами по пункту «критическое отношение к болезни»: к 20 дню незначимое ухудшение, в дальнейшем постепенное ослабление.

Была установлена корреляционная связь между эффективностью лечения и возрастом обследованных: чем меньше возраст, тем эффективнее оказалось лечение ($\tau = -0,27$); также установлена связь между эффективностью лечения и уровнем образования пациентов ($\tau = -0,41$): лучше реагировали на лечение пациенты со средним уровнем образования. На эффективность лечения оказывала влияние структура депрессии: наличие в структуре

депрессии факультативных симптомов негативно сказывалось на результатах терапии ($\tau=-0,34$). Также при проведении корреляционного анализа установлена умеренная связь между эффективностью терапии и качеством предшествовавшей данному депрессивному эпизоду ремиссии: чем лучше качество ремиссии, тем эффективнее лечение ($\tau=-0,59$) ($R_s=-0,48$), а также ее продолжительностью: чем продолжительнее была ремиссия, тем эффективнее оказалось лечение ($\tau=0,37$) ($R_s=0,40$). Имела место обратная корреляционная связь между эффективностью лечения и давностью заболевания ($\tau=-0,25$), а также количеством предшествовавших депрессивных эпизодов ($\tau=-0,37$), чем длительнее было течение заболевания и больше количество перенесенных депрессивных эпизодов, тем менее эффективным было лечение. Установлена связь между наследственной отягощенностью и полом обследованных (у мужчин чаще отмечалась наследственная отягощенность) $\tau=0,32$; возрастом начала заболевания $\tau=-0,26$ (больные с отягощенной наследственностью заболевали раньше), а также с нежелательными явлениями терапии ($\tau=0,31$), которые чаще наблюдались у больных с наследственной отягощенностью. Кроме того, выявлена взаимосвязь между структурой депрессии и полом обследованных ($\tau=-0,36$): факультативные симптомы чаще наблюдались у лиц мужского пола (88,89% мужчин имели сложную структуру депрессии). Также выявлена связь структуры с наследственной отягощенностью ($\tau=0,39$) – в этой группе у всех пациентов, имевших наследственную отягощенность психическими расстройствами наблюдались факультативные симптомы депрессии. Выявлена обратная корреляционная связь между возрастом начала заболевания и структурой депрессии: раннее начало депрессивного расстройства обуславливает более сложную структуру депрессии ($\tau=0,28$). Также имеется связь между структурой депрессии и качеством предшествовавшей данному эпизоду ремиссии, лучшее качество ремиссии коррелирует с более простой структурой депрессии. Также имеется прямая корреляционная связь между структурой депрессии и наблюдаемыми побочными эффектами: нежелательные явления коррелировали со сложной структурой депрессии. И, наконец, выявлена обратная корреляционная связь структуры депрессии и эффективности лечения ($\tau=-0,34$) – показывающая, что эффективность лечения выше в группе «без факультативных симптомов».

С помощью факторного анализа (метод главных компонент) установлена «терапевтическая ниша» у группы пациентов, в которой планировалась терапия сочетанием флуоксетина и оланзапина. На начало лечения из симптомов депрессии (шкала HAM-D) выделено 5 главных компонент (факторов), охватывающих 65% случаев от полной депрессии. Установлено, что терапия должна влиять на два комплекса взаимосвязанных симптомов и три единичных симптома. Первый фактор, имеющий самый большой факторный вес (24%) указывал на взаимосвязь четырех симптомов: «психическая тревога», «соматическая тревога», «тревожное возбуждение», «работоспособность и активность». Второй фактор (факторный вес 13%) объединял «общие соматические симптомы» и «чувство вины». Третий фактор (11%) определил важность для терапевтического воздействия «суицидальных мыслей и намерений»; четвертый (9%) – «желудочно-кишечных соматических симптомов»; пятый (8%) – «средней бессонницы».

На 10 день лечения 5 главных компонент (факторов) объединили 63% случаев от полной дисперсии. Первый фактор (22%) подчеркивал связь двух симптомов депрессии: «чувство вины» и «ипохондрия». Второй фактор хотя и описывал 12% наблюдений, но при ротации фактора взаимосвязь симптомов и главный симптом не определялись. Третий фактор (10%) указывал на важность на этом этапе исследования воздействия на желудочно-кишечные симптомы; четвертый (10%) – на взаимосвязь заторможенности и генитальных симптомов, пятый (9%) – на раннюю бессонницу. Описание в факторе одного симптома после ротации свидетельствовало о его важности, а другие симптомы, входящие в компоненту (без ротации) имели менее значимые связи.

К концу третьей недели лечения «терапевтическая ниша» флуоксетина и оланзапина расширилась. Пять факторов описывали 77% случаев от полной дисперсии. Первый фактор (34%) включал в себя четыре взаимосвязанных симптома депрессии: «депрессивное настроение», «суицидальные мысли и намерения», «заторможенность» и «соматическую тревогу». Второй (14%) и третий (13%) имели по два взаимосвязанных симптома, соответственно, «общие соматические симптомы» и «ипохондрия»; «тревожное возбуждение» и «психическая тревога». Четвертый фактор (9%) описывался одним симптомом «желудочно-кишечные соматические расстройства», пятый (7%) тоже одним – «средняя бессонница».

К 40 дню терапии после ротации не было выявлено ни одного симптома со значительным весовым коэффициентом, ни одного взаимосвязанного сочетания симптомов. Можно предполагать, что комбинация препаратов разрушила патологические связи между симптомами, что коррелировало и с клиническим улучшением. В ряде случаев сохранялись лишь разрозненные симптомы или факторы с малыми факторными нагрузками, которые не учитывались.

Таким образом, при лечении тяжелых депрессий в структуре рекуррентного депрессивного расстройства сочетанием флуоксетина и оланзапина установлена постепенная, достоверно значимая редукция депрессивной симптоматики на всех этапах регистрации, особенно выраженная после 20 дня терапии. Динамика редукции депрессивных синдромов под влиянием терапии указывает на неравномерность их ослабления от этапа к этапу наблюдения. Установлены положительные и отрицательные корреляционные связи между симптомами депрессии, эффективностью лечения, возрастом, длительностью заболевания, полом, уровнем образования, наследственностью, структурой депрессии, качеством и продолжительностью ремиссии, предшествовавшей изучаемому депрессивному эпизоду, побочными эффектами. В процессе терапии флуоксетином и оланзапином разрушались выявленные до лечения патологические связи между депрессивными симптомами («терапевтическая ниша»), но образовывались новые связи, которые сопровождали клиническое улучшение. К 40 дню обследования взаимосвязи симптомов 5 главных компонент были разрушены и ротация факторов не выявила ни взаимосвязанных симптомов, ни отдельных симптомов со значительной факторной нагрузкой.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Гуреева И.Л., Исаева Е.Р.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Аннотация: Данная работа была посвящена исследованию психологических особенностей и образа здоровья у пациентов с психосоматическими заболеваниями. В основу исследования легло предположение о том, что важно изучать картину здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, для которых категория «здоровье» может иметь особое значение. Вместе с этим интересно было проследить соотношение параметров отношения к здоровью с уровнем комплаентности к лечению.

Категория «отношения» – одно из центральных понятий в концепции «психологии отношений», зародившейся еще в начале XX в. в школе В. М. Бехтерева. Первоначально она была очерчена А. Ф. Лазурским и С. П. Франком в опубликованной ими в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношении к среде». Преждевременная смерть А. Ф. Лазурского не позволила ему придать этой теории законченный вид. В дальнейшем психология отношений развивалась В. Н. Мясищевым. Основное положение данной концепции заключается в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Иными словами, при психологическом анализе личность, целая и по своей природе неделимая, предстает перед исследователем как система отношений, которая рассматривается как психическое выражение связи субъекта и объекта [5].

При анализе отношения к здоровью также важно учитывать и фактор времени, что предполагает рассмотрение его становления и динамики. Формирование отношения к здоровью – процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный, который обусловлен двумя группами факторов:

- внешними (характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек);
- внутренними (индивидуально-психологические и личностные особенности человека, а также состояние его здоровья) [1].

Возникшее отношение не остается неизменным, оно непрерывно изменяется с приобретением нового жизненного опыта. Изменчивость отношения – правило, а не исключение. Вместе с тем коррекция неблагоприятных аспектов того или иного отношения – длительный и подчас весьма болезненный для личности процесс, сопряженный с преодолением внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний. В связи с этим особое значение приобретает целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью на ранних этапах развития личности (особая роль отводится семейному воспитанию и обучению в начальной школе) [6].

Отношение человека к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт индивида, а с другой – оказывает существенное влияние на его поведение. Следовательно, оно может быть рассмотрено как одна из основных «мишеней», на которую следует направить психокоррекционное воздействие специалиста, практикующего в сфере психологии здоровья. При этом дифференцированный подход к психокоррекционной работе должен опираться на всестороннее изучение особенностей отношения людей к своему здоровью [3].

Здоровье занимает одно из ведущих мест в системе ценностей человека. Это сложный системный феномен, который имеет свою специфику проявления как на физическом, так и на социально-психологическом уровнях. На современном этапе научного развития, который характеризуется сменой глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую, система представлений о здоровье человека рассматривается как расширенная концепция, включающая в себя как понятие «здоровье», так и понятие «болезнь». В рамках этой концепции данные понятия являются взаимосвязанными, а не взаимоисключающими [2].

Поэтому **актуальность** изучения существующего сегодня «отношения к здоровью» на уровне индивидуального сознания, обуславливается рядом причин.

Во-первых, все большее беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции состояния здоровья всех возрастных групп населения.

Во-вторых, сегодня состояние здоровья российского населения приближается к тому рубежу, за которым, речь может идти об угрозе национальной безопасности.

В-третьих, низкий уровень санитарно-гигиенической культуры населения при отсутствии государственной идеологии здоровья, обуславливает рост негативных видов поведения, связанных со здоровьем [4].

В этой связи актуальным является изучение картины здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими психосоматическими или иными заболеваниями, для которых категория «здоровье» должна была бы иметь, казалось бы, несколько иное, особое значение. Научный интерес может представлять также сопоставление отношения к здоровью с отношением к собственному заболеванию и уровнем комплаентности к лечению.

Целью нашего исследования явилось изучение отношения к здоровью у пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Задачи исследования:

1. Оценить степень удовлетворенности своим здоровьем и качеством жизни у пациентов с психосоматическими заболеваниями.
2. Определить уровень приверженности лечению.
3. Выявить уровень тревоги и депрессии у пациентов, находящихся на стационарном лечении в связи с обострением своего основного заболевания.
4. Исследовать уровень субъективного контроля и иррациональные установки личности обследуемых у пациентов.
5. Определить и конкретизировать направления психологической коррекции для пациентов с психосоматическими заболеваниями.

В основу исследования легло предположение, что уровень оценки своего здоровья и «отношение к здоровью», представляющие собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, влияет на формирование отношения к своему заболеванию и, как следствие, на отношение к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций.

Для решения поставленных задач исследования использовался следующий комплекс методик:

1. Методика исследования тревожности (Спилбергер-Ханин).
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии ХАДС.
3. Методика «Иррациональные убеждения» А. Эллиса (вариант Х. Кассинова и Э. Бергера).
4. Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни Н.Е. Водопьяновой.
5. Методика самооценки здоровья Дембо-Рубинштейн.
6. Анкета «Отношение к здоровью».

Исследование проведено на базе психосоматического отделения Городской больницы № 32 г. Санкт-Петербурга. В нем приняли участие 22 пациента с артериальной гипертензией 2 степени и ожирением 1-2 степени. Средний возраст обследованных пациентов составлял 49 лет.

При исследовании выраженности тревожно-депрессивных проявлений у пациентов, находившихся на момент обследования на стационарном лечении, обнаружился высокий уровень тревожности как личностной ($M=54\pm 6$), так и ситуативной ($M=55\pm 7$). Депрессивные проявления не выражены.

При исследовании иррациональных установок отмечалась средняя выраженность данных установок. Учитывая полученные данные, можно заметить, что пациенты воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость, часто ставят свое здоровье и благополучие в зависимость от внешних ситуаций и окружающих людей. Необходимо отметить также, что пациенты очень требовательно относятся к окружающим людям, кроме того, у большинства из них, обнаруживалась низкая фрустрационная толерантность, проявляющаяся в низкой устойчивости к изменениям окружающего мира, к стрессам и нежелательным событиям.

Исследование удовлетворенности качеством жизни показало, что пациенты критично относились к некоторым сферам своей жизни. Низкие показатели были обнаружены по шкалам: личные достижения, здоровье, оптимизм, самоконтроль, положительные эмоции. В результате чего можно говорить о том, что пациенты, страдающие артериальной гипертензией, довольно часто испытывали отрицательные эмоции по поводу своего здоровья, а также были склонны пессимистично оценивать свою жизненную ситуацию. Можно предположить, что есть сложности осмысления своей жизни, так как общий индекс удовлетворенности своей жизнью и своим существованием был на низком уровне.

Что касается отношения к своему здоровью, то здесь, исходя из результатов по методике Дембо-Рубинштейн и анкеты на отношение к здоровью, четко прослеживался экстернальность в отношении своего здоровья и низкая комплаентность в лечении на фоне завышенных требований к понятию – «здоровье». Пациенты плохо различают сигналы предболезни, обращают внимание на свое состояние уже при наступлении собственно болезни.

В критериях оценки качества жизни пациенты, прежде всего, обращают внимание на свое физическое самочувствие, а именно, полноценность сна, аппетит, бодрость (или слабость), болевые ощущения и др. Реже оценивалось психологическое состояние.

Итак, по проведенному исследованию можно заключить, что у пациентов с психосоматическими заболеваниями выражены тревожность, недовольство своей жизнью и иррациональные установки (катастрофизация, фрустрационная толерантность, долженствование в отношении других). Наблюдается низкая комплаентность в отношении лечения и экстернальный локус контроля, особенно в отношении своего здоровья. Имея в представлении завышенный идеал здоровой личности, пациенты редко демонстрируют активную позицию, в которой ответственность за свое здоровье несет непосредственно сам человек.

Исходя из результатов исследования, можно заключить, что очень важно инициировать пациентов на формирование личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих близких; создание у человека мотивации к использованию оздоровительных технологий в течение всей жизни; и, наконец, духовная составляющая – направленность на формирование культуры здоровья, создание условий для внутренней гармонии физического, психического, духовного состояния человека, а также гармонии с экологической и социальной средой.

На основании полученных результатов можно выделить направления психотерапевтических воздействий для пациентов с психосоматическими заболеваниями с учетом их личностных особенностей.

- Важно формировать у пациентов приверженность лечению, например, с помощью мотивационного интервью.
- Необходимо обратить внимание на повышение уровня информированности у пациентов, относительно своего заболевания, например, больше времени посвящать (обсуждать, внедрять активные формы обсуждения) этому на занятиях «школы пациентов».
- Важно использовать стратегии психотерапевтического воздействия, направленные на нивелирование тревожных проявлений у обследуемых пациентов, например, эффективным мог бы стать комплекс тренировок по повышению психоэмоциональной саморегуляции.
- Особенно важно в психотерапевтической работе с такими пациентами разрабатывать программы, направленные на коррекцию иррациональных установок.

Литература

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2001.
2. Васильева О. С, Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М., 2001.
3. Куликов С. И. Педагогические аспекты профессиональной деятельности медицинского работника // Вестник Российского государственного университета им. И. Канта. 2009. № 11. С. 109–113.
4. Лаптев А.А. Психология здоровья / А.А. Лаптев. – М.: Медицина, 2000.- 873 с.
5. Мясищев В. Н. Психология отношений. М.; Воронеж, 1995.
6. Психология здоровья: Учебник для вузов / под.ред Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 606 с.

РЕГРЕСС ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ОБЛУЧЕНИИ КРОВИ

Дронова Т.Г., Дронов Е.В., Чефранова Ж.Ю.

НУЗ Отделенческая больница ст. Белгород ОАО РЖД, Белгородская ОКБ, г. Белгород

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) как комплекс вегетативных, психических, соматических и неврологических нарушений возникает у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением употребления алкогольных напитков [4,7]. Основным признаком ААС заключается в том, что «расстройства, обусловленные предшествующим алкогольным эксцессом, смягчаются или исчезают совсем лишь после повторного употребления известных доз алкоголя [4].

В сложной клинической структуре ААС присутствуют аффективные нарушения, в основном депрессивного характера. Многочисленные исследования показали, что больных хроническим алкоголизмом формируется тесная связь патологического влечения к алкоголю, его обострения и редукции с усилением и ослаблением депрессивных, дисфорических явлений. Клинические данные подтверждаются результатами биологических исследований, указывающих на общность основных нейрхимических механизмов депрессии и патологического влечения к алкоголю [2,4,7].

Согласно современным представлениям о биологическом базисе депрессивных состояний основную роль в развитии последних играет дефицит катехоламиновой или серотониновой нейромедиации. Низкий уровень нейромедиатора может быть обусловлен его замедленным синтезом либо ускоренным распадом, гиперактивацией его обратного захвата, низкой чувствительностью постсинаптических рецепторов и другими причинами.

Для купирования ААС применяются разнообразные средства: от психотропных препаратов и гормонов до кислорода и физиотерапии [1,10]. Однако слабым звеном традиционной методики купирования ААС является необходимость длительного и массивного применения детоксикационных средств, ноотропов, вегетостабилизирующих препаратов и транквилизаторов. При этом использование некоторых из этих препаратов нередко ограничено из-за наличия у больных сопутствующей выраженной соматической патологии, и сами медикаменты подчас становятся источником нежелательных последствий в виде аллергических реакций и других осложнений из-за индивидуальной непереносимости или несовместимости продуктов распада этанола с применяемыми препаратами.

Свое место в терапии ААС занимают методы фототерапии [5,8,9].

Одной из методик фототерапии является экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ЭУФОК).

Лечебное действие ЭУФОК характеризуется: улучшением самочувствия больных, нормализацией сна, повышением аппетита, снижением признаков интоксикации и гипоксии, улучшением периферического и коронарного кровообращения и трофики тканей, стимуляцией регенераторных процессов, нормализацией углеводного, жирового и белковых обменов, повышением показателей иммунитета и неспецифической резистентности, улучшением фильтрационной функции почек и другими проявлениями [5,8,9].

Цель исследования определение клинической динамики депрессивных проявлений алкогольного абстинентного синдрома в результате ЭУФОК.

Для сравнения динамики депрессивных проявлений больным было предложено ответить на вопросы опросника депрессии Бека до лечения и повторно после курса лечения.

Анализ отдельных позиций тестов выявил такие общие проблемы у больных, как чувство вины разочарованность в себе, отсутствие удовлетворения собой, предчувствия чего-то неприятного.

В зависимости от степени выраженности тяжести депрессии больные были распределены на 4 группы. Полученные данные (в абсолютных цифрах по количеству больных и уровню депрессии) отражены в табл. 1

Таблица 1.

Распределение больных по уровню депрессии

Уровень депрессии	Основная группа				Контрольная группа			
	до лечения		после лечения		о лечения		после лечения	
	N	баллы	N	баллы	N	баллы	N	баллы
Нет 0-13	32	8,75±0,77	55	6,27±0,55	18	7,39±1,03	24	7,21±0,84
Легкая 14-19	24	16,54±0,35	23	16,3±0,39	19	16,63±0,39	22	16,32±0,45
Умеренная 20-28	25	23,92±0,51	7	22,43±0,64	18	22,83±0,54	11	21,36±0,67
Тяжелая 29-63	9	38,44±2,5	5	39,2±3,6	5	32,6±0,93	3	32±1

Количество больных с тяжелой депрессией было небольшим – 9 (10%) в основной группе и 5 (8,3%) – в контрольной; умеренная депрессия отмечена у 25 (27,8%) больных основной группы и у 18 (30%) – контрольной; легкая у 24 (26,7%) больных основной группы и у 22 (36,75%); отсутствовала депрессия у 32 (35,6%) больных основной группы и у 18 (30%) – контрольной. Больные с тяжелой депрессией жаловались на чувство непреодолимой тоски, чувство безнадежности, собственной несостоятельности, никчемности, ненависти к себе, высказывали мысли о самоубийстве. Больные с умеренной депрессией отмечали раздражительность, утрату интереса к людям, их

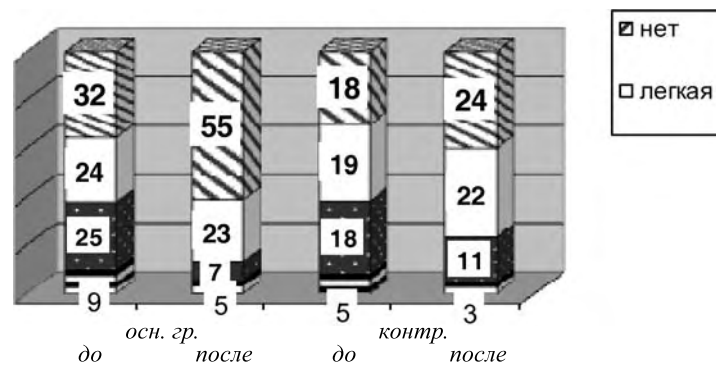


Рис. 1. Распределение больных основной и контрольной групп в зависимости от уровня депрессии в ходе лечения

беспокоили изменение их внешности в худшую сторону, повышенная утомляемость, прерывистый сон. Больных с легкой тревожностью беспокоили отсутствие аппетита, похудение, снижение половой активности, неприятные ощущения и нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта.

На рис. 1 видно как изменялась доля больных с разной степенью депрессии в сравниваемых группах в процессе лечения (число больных в абсолютных цифрах до лечения и после курса лечения).

При применении ЭУФОК число больных с отсутствием депрессии увеличилось на 25,6 процентных пункта, в то время как число лиц с умеренной депрессией уменьшилось на 20 процентных пунктов. Число лиц с тяжелой депрессией уменьшилось на 4,5 процентных пункта. Для оценки достоверности полученного результата нами были использованы индекс Салаи (оценка идентичности структуры) и интегральный коэффициент структурных различий. В результате вычислений были получены следующие данные: индекс Салаи – 0,343 (противоположность значительная), интегральный коэффициент 0,390 (различия существенные). В контрольной группе число больных с отсутствием депрессии увеличилось на 10 процентных пунктов, число лиц с умеренной депрессией снизилось на 11,7 процентных пункта, число лиц с тяжелой депрессией – на 3 процентных пункта. При это индекс А.Салаи составил 0,191 (противоположность незначительная), интегральный коэффициент 0,210 (различия несущественные).

Таким образом, проявления депрессии у больных основной группы (ЭУФОК терапия) существенно уменьшились, чего не наблюдалось в контрольной (традиционное лечение) группе. Больные отмечали, что их внешний вид значительно улучшился, восстановился сон, появились аппетит и интерес к окружающим, уменьшилась раздражительность, повысились работоспособность и половая активность, улучшилось настроение.

Полученные результаты вероятнее всего, связаны с воздействием ЭУФОК на уровень содержания катехоламинов в крови. По данным О.Н. Ветчинниковой (2002) и соавт. [6], при проведении ЭУФОК у больных с гипердинамическим типом кровообращения снижается концентрация адреналина и норадреналина, возможно за счет активации моноаминоксидазы, разрушающей катехоламины. При гиподинамическом типе кровообращения происходит обратное повышение уровней адреналина и норадреналина в сыворотке крови. Кроме того, свою роль играл факт психотерапевтического воздействия – телопосредованный эффект. Улучшение самочувствия больных в свою очередь укрепляло их уверенность в себе, в своих силах и, естественно, помогало снизить уровень депрессивных проявлений.

Литература

1. Айрапетов Р.Г., Родионов И.А., Метёлкин Б.В. Место комбинированных немедикаментозных методов купирования алкогольного абстинентного синдрома в организации наркологической помощи населению.// Актуальные вопросы наркологии: Тез.докл. Республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г. Калининграде 23-25 апреля 1990.- М., 1990.- С.8-9.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю – М., 1994.– 216 с.
3. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2001. – С.13-33.
4. Бокий И.В., И.П. Лапин. Алкогольный абстинентный синдром – Л., 1976. – 119 с.
5. Дронова Т.Г. Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови в терапии алкогольного абстинентного синдрома и алкоголизма. – СПб., 2003.– 144 с.
6. Ветчинникова О.Н., Пиксин И.Н., Калинин А.П. Экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови в медицине. – М.: Издатель Е.Разумова, 2002. – 263 с.
7. Иванец Н.Н. Симптомы и синдромы при алкоголизме.//Лекции по наркологии. / Под редакцией профессора Н.Н. Иванца, М.: «Медпрактика», 2001- С.76-90.
8. Карандашов В.И., Петухов Е.Б., Зродников В.С. Фотогемотерапия. – М., 2001. – 400 с.
9. Лужников Е.А. Ю.С. Гольдфарб. Физиогемотерапия острых отравлений – М., 2002. – 199 с.
10. Сосин И.К. С.Г. Ломакин, М.К. Филатов Использование поверхностной управляемой кранио-церебральной гипотермии и гемосорбции в комплексном лечении алкоголизма – Методические рекомендации УИУВ. – Харьков, 1985. – 14 с.

О ПУТЯХ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В., Юсупов В.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В настоящее время понятия психологической (социально-психологической) реабилитации и медико-психологической реабилитации военнослужащих употребляются почти как равнозначные [1-6, 8]. Поскольку второе понятие является относительно новым, целесообразно проанализировать его отличительные особенности и рассмотреть пути практического внедрения соответствующих мероприятий.

Неблагоприятные психологические последствия, связанные с воздействием стресс-факторов военной службы (участие в боевых действиях и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, несение боевых служб и др.), проявляются на двух уровнях – психологическом и психопатологическом [10]. На психологическом уровне эти последствия описываются как предболезненные состояния нервно-психической неустойчивости, утомления и переутомления, а также приобретенные акцентуации личности. К этому же кластеру относятся феномены эмоционального выгорания и профессиональной деформации личности. Все они сопровождаются явлениями социально-психологической дезадаптации, в частности профессиональным снижением, а также семейными проблемами. Коррекция (минимизация либо устранение) подобных явлений, не достигающих степени психической патологии, соответствует, по нашему мнению, сущности понятия психологической реабилитации. Данные мероприятия соответствуют компетенции современных специалистов по психологической работе, среди которых практически отсутствуют клинические психологи.

У части военнослужащих воздействие профессиональных стресс-факторов приводит к психической патологии. Они получают адекватное комплексное лечение, которое на самых ранних этапах сочетается с мероприятиями медико-психологической реабилитации. Медико-психологическая реабилитация, с одной стороны, является новым компонентом медицинской реабилитации, соответствующим современному уровню последней (биопсихосоциальной парадигме). С другой стороны, медико-психологическая реабилитация и коррекция является неотъемлемым элементом системы медико-психологического сопровождения военнослужащих. Сущность этой системы состоит в непрерывном мониторинге функционального и психического состояния военнослужащих и осуществлении соответствующих вмешательств психологического и медицинского плана, направленных на поддержание оптимального уровня работо-боеготовности. Научной основой данного направления является представление о целостной системе военно-профессиональной (психологической и физиологической) адаптации человека в условиях нормы, предпатологии и патологии. Медико-психологическая коррекция и реабилитация понимается в таком контексте как особая подсистема путей и техник активного психологического и немедикаментозного вмешательства с целью стабилизации состояния, обеспечения адекватного поведения, восстановления ослабленных и утраченных личностных, профессиональных и коммуникативных качеств.

Целевую группу для проведения медико-психологической реабилитации составляют те военнослужащие, у которых психические расстройства, ранения и заболевания чреватые длительным снижением работо-боеготовности. В связи с этим, в перечень показаний к медико-психологической реабилитации должны быть включены невротические и связанные со стрессом психические расстройства (острое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, другие неврозы, аддиктивные расстройства, хроническое изменение личности после переживания катастрофы). Кроме того, медико-психологической реабилитации подлежат военнослужащие, у которых реакция на травматический стресс протекает в виде острых или затяжных психосоматических (соматоформных) реакций, а также психосоматозов (соматических заболеваний).

Накопленный практический опыт позволяет в качестве предварительного варианта рекомендовать четырехэтапную систему медико-психологической реабилитации [7].

На 1-м этапе (первой врачебной помощи, который следует также считать превентивным, профилактическим), непосредственно в частях и подразделениях, специалистами групп психического здоровья с привлечением специалистов по психологической работе проводится активное выявление (с использованием экспресс-диагностических и экспресс-коррекционных методик) военнослужащих с дезадаптационными нарушениями. К настоящему времени проведены испытания стационарных и подвижных медицинских комплексов экспресс-оценки и коррекции боеготовности личного состава. К сожалению, ни один из них не был принят на снабжение. Эта проблема требует скорейшего решения, что позволит повысить эффективность диагностической и ранней коррекционной работы.

На 2-м этапе (квалифицированная медицинская помощь) мероприятия медико-психологической помощи военнослужащим со сроком лечения 5-7 суток осуществляются в лечебных учреждениях, дислоцированных в зоне боевых действий (МОСН, ОМедБ, Госпитальное судно и др.), которым придаются группы психического здоровья соединений. Для обеспечения работы группы в МОСНе разворачивается палатка психоэмоциональной разгрузки (на 30 коек), где после проведения обследования и выполнения коррекционных мероприятий военнослужащим определяется последующая лечебно-эвакуационная тактика. Мероприятия направлены на купирование нервно-психического напряжения и избыточной тревожности, повышение самооценки, формирование чувства значимости для окружающих и осознание социальной поддержки. Основными методами психотерапии на данном

этапе являются рациональная психотерапия и предоставление кратковременного отдыха. Наибольший эффект на данном этапе отмечается при сочетанном использовании методов психотерапевтической и фармакологической коррекции.

Специализированная медицинская помощь военнослужащим со сроками лечения до 30 суток осуществляется на 3-м этапе (в психиатрических отделениях военных госпиталей). На данном этапе целесообразно применять комплекс медико-психологических реабилитационных мероприятий, которые осуществляются с привлечением врачей-специалистов, медицинских (клинических) психологов. Реабилитационные мероприятия включают в себя:

1) Социально-психологические методы (социальная реабилитация, поведенческий тренинг – отработка рациональных моделей поведения, работа с семьями военнослужащих и подготовка коллектива-реципиента, куда попадают служить лица, перенесшие экстремальные ситуации, с разъяснением родственникам и сослуживцам приемов и способов, облегчающих восстановление утраченных функций или ослабленных профессионально важных качеств и др.);

2) Психологические (обучение методам психосоматической саморегуляции: активная и пассивная мышечная релаксация, аутотренинг, рациональная и суггестивная психотерапия, элементы психосинтеза и психоанализа, методы экспозиционного и когнитивного реструктурирования и др.);

3) Психофизиологические (тренажерные и компьютерные методики, моделирующие профессиональную деятельность, компьютерные методики, основанные на принципе обратной биологической связи, которые направлены на восстановление утраченных психофизиологических качеств);

4) Физиологические (физическая подготовка, специальные тренировки и упражнения, использование термо- и барокамер, массаж, самомассаж, водные процедуры и др.).

Заключительным, 4-м этапом оказания помощи и проведения медико-психологических реабилитационных мероприятий является санаторное лечение. Объем мероприятий примерно соответствует госпитальному этапу; дополнительно в него входят климатические, диетические, физиотерапевтические и более разнообразные психотерапевтические методы.

Во всех случаях проведения психологической и медико-психологической реабилитации специалисты медицинской и психологической служб должны оказывать взаимную консультативную помощь. Для повышения эффективности психореабилитационной работы с военнослужащими и членами их семей целесообразно организовать систематическую переподготовку части военных психологов по специальности 37.05.01. Клиническая психология.

Литература

1. Караяни А.Г. Социально-психологическая реадaptация участников боевых действий // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2014. Т. 6. № 4.
2. Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя. Дисс. канд. мед. наук – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с.
3. Митасова Е.В. Социально-психологические условия психологической реабилитации раненых военнослужащих в медицинских учреждениях МО РФ: дисс. ... канд. психол наук, М., 2004. – 201 с.
4. Новиков В.С., Боченков А.А., Кондратьев А.Ю. Медико-психологическая коррекция и реабилитация военнослужащих. – М.: Изд-во: ГВМУ МО РФ, 1998. – 308 с.
5. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий: Дис... канд. псих. наук. – М.: ГА ВС, 1992.
6. Психологическая реабилитация участников боевых действий / Под ред. А.Г. Караяни и М.С. Полянского. М.: ВУ, 2003.
7. Тегза В.Ю., Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В., Шпилень Л.С., Палехова О.В. Современные и перспективные технологии медико-психологической реабилитации военнослужащих // Биомедицинский журнал Medline.ru, 2015, том 16, 5 июня, с. 659-668.
8. Фаттахов В.В., Каратай Ш.С. Технологии медико-психологической реабилитации пострадавших в чрезвычайных ситуациях // Лечебная физическая культура и массаж. – 2005. – № 5. – С. 40-41.
9. Фирсов А.А. Организационная модель медико-социальной и психологической помощи ветеранам локальных вооруженных конфликтов. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. Рязань, 2000. – 24 с.
10. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Костюк Г.П. К проблеме психического здоровья участников боевых действий // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 38-44.

ПОИСК И ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ЗАРУБЕЖНЫХ ДОКТОРСКИХ ДИССЕРТАЦИЙ ПО ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ (1992–2014 ГГ.)

Евдокимов В.И., Шамрей В.К., Семин С.А., Тонкошкурова Л.А.

ВЦЭРМ им. Никифорова МЧС России, ВМедА им. С.М. Кирова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Диссертация – научно-квалификационная работа, отражающая результаты научных исследований автора, представленная на соискание ученой степени в диссертационный совет. В зарубежных странах самой распространенной является ученая степень доктора философии (Doctor of Philosophy, Ph.D.), которая присуждается учеными советами крупных университетов практически во всех отраслях науки и ничего общего с философией не имеет – это дань многовековой традиции.

Наиболее представительной базой данных (БД) диссертационных исследований в мире является ProQuest Dissertations and Theses (PQDT) – официальный цифровой архив диссертаций Библиотеки Конгресса США. Полнотекстовая БД содержит свыше 2,9 млн диссертаций, вышедших в свет с 1861 г., в том числе медицинских – около 500 тыс. [2].

Анализ диссертационных исследований по психиатрии, неврологии и медицинской психологии в Российской Федерации (1992–2014 гг.) показал практически полное отсутствие цитирований материалов зарубежных докторских диссертаций.

Цель исследования – разработка алгоритма информационного поиска иностранных диссертационных исследований.

Материалы и методы. Объектом исследования явилась БД PQDT (<http://www.proquest>), предметом исследования – массив докторских диссертаций по военной психиатрии, опубликованных в 1992–2014 гг. В БД PQDT имеется русскоязычный интерфейс. Поисковый режим позволяет искать диссертационные работы по ключевым словам, темам, году (периоду) издания, университетам, фамилиям диссертантов, названию работ, языку, стране и пр.

В отличие от российского емкого понятия «психиатрия», которое отражает и организационную структуру психиатрической службы, и клиническую психиатрию (этиологию, диагностику, лечение психических болезней), и социальную реабилитацию психически больных, и прочее, в самом известном медицинском рубрикаторе – тезаурусе «Медицинские предметные рубрики» (Medical Subject Headings, MeSH) оно соотносится с терминами, отражающими в основном сферу здравоохранения (категория «Disciplines and Occupations Category»), а расстройства здоровья и поведения – с другими терминами категории «Psychiatry and Psychology Category» MeSH [3].

При поиске нами использован временной период с 1992 по 2014 г., тип рукописи – докторские диссертации, язык – любой. Для объективизации результатов поиска использовали темы, согласованные с терминами MeSH. Найденные темы соединяли при помощи оператора OR. В общей сложности использовали 29 тем (“mental institutions” OR “emotional disorders” OR “schizophrenia” OR “personality disorders” OR “psychiatry” OR “homosexuality” OR “psychiatric-mental health nursing” OR “repetitive motion disorders” OR “drug addiction” OR “mental retardation” OR “eating disorders” OR “forensic psychiatry” OR “addictions” OR “mental health care” OR “speech disorders” OR “psychopathology” OR “psychiatrists” OR “sleep disorders” OR “sensory integration disorders” OR “psychotherapy” OR “gambling” OR “mental depression” OR “psychoanalysis” OR “mental health” OR “behavior disorders” OR “mental competency” OR “sexual disorders” OR “mental disorders” OR “child & adolescent psychiatry”). Подробный алгоритм поиска изложен в публикации [1]. Выбранный поисковый режим тем позволил найти в БД PQDT по состоянию на 20.10.2015 г. 52 262 откликов.

Результаты проверили на нормальность распределения. Сходство (различия) признаком определяли при помощи t-критерия Стьюдента. Количественную динамику и прогнозирование показателей изучали при помощи анализа динамических рядов программы Microsoft Excel, для чего использовали полиномиальный тренд 2-го порядка

Результаты и их анализ. На рис. 1 представлена динамика количества зарубежных докторских диссертаций в сфере психиатрии. Полиномиальный тренд при коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,78$) показывает уменьшение количества диссертаций. Ежегодно в иностранных университетах рассматривались по 2300 ± 160 работ в сфере психиатрии. Из 52 262 найденных диссертаций полные тексты в формате PDF имели 86 %.

При 1-м варианте поиска поисковое слово «military» искали в общем массиве диссертаций по психиатрии по алгоритму «Искать везде». Было найдено 8840 откликов, они составили 16,9% от общего массива работ. Полные тексты в формате PDF имели 8579 диссертаций, или 97,1%. Ежегодно по военной психиатрии рассматривались в зарубежных университетах по 380 ± 30 диссертаций. В связи с большим количеством найденных работ, мы усомнились в объективности данного поиска.

При 2-м варианте поисковое слово «military» искали в общем массиве диссертаций по алгоритму «Везде, кроме полного текста», что позволило найти только 414 откликов (0,8% от общего массива диссертаций по психиатрии). В этом случае ежегодно по военной психиатрии рассматривались по 18 ± 2 диссертаций, что, вероятно, также не отражало реальное количество работ. Полные тексты в формате PDF имели 89,4% работ. Библиографическая запись некоторых зарубежных диссертаций, в которых исследовались аспекты российской военной психиатрии, представлены в списке литературы [5, 6].



Рис. 1. Динамика количества зарубежных докторских диссертаций по психиатрии в БД PQDT (по состоянию на 20.10.2015 г.).

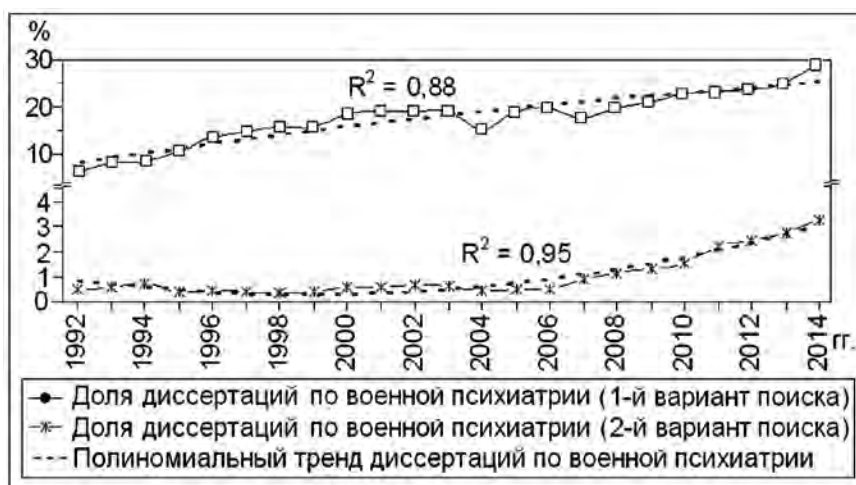


Рис. 2. Вклад зарубежных докторских диссертаций по военной психиатрии в общий массив работ по психиатрии (по состоянию на 20.10.2015 г.), %.

На рис. 2 изображены доли диссертаций по военной психиатрии в общем массиве работ в сфере психиатрии, найденных по двум вариантам поиска. Полиномиальные тренды при высоких коэффициентах детерминации ($R^2 = 0,88$ и $R^2 = 0,95$) показывают увеличение процента доли диссертаций по военной психиатрии в общем массиве работ по обоим вариантам поиска.

Таблица

Структура направлений научных исследований [4] в зарубежных докторских диссертациях по военной психиатрии

Направление научных исследований		Вариант поиска		p <
		1-й	2-й	
1-е	Патогенетические основы психической патологии	8,6	6,9	0,05
2-е	Общая психопатология	13,2	9,4	-
3-е	Частная психиатрия	13,6	3,4	0,001
4-е	Клиника, диагностика, терапия психических расстройств и реабилитация психически больных	35,6	29,6	0,05
5-е	Социальные и правовые основы психиатрии	11,2	7,5	0,05
6-е	Эпидемиология психических заболеваний	Не определяли		
7-е	Организация психиатрической помощи. Профилактика психических расстройств	18,1	43,1	0,001

В таблице представлена структура научных направлений [4] зарубежных диссертационных исследований по военной психиатрии, рассчитанная по ключевым словам. Как и следовало ожидать, в массиве диссертаций 2-го варианта поиска оказалось статистически больше работ по организации психиатрической помощи и профилактики психических расстройств у специалистов силовых структур. И в то же время, было меньше работ по клинике, диагностике, терапии психических расстройств и реабилитации психически больных, вклад которых обычно составляет не менее 50% в общий массив диссертаций по психиатрии (см. таблицу).

Заключение. Разработанный алгоритм поиска позволил найти в ProQuest Dissertations and Theses 52 262 диссертаций по психиатрии, опубликованных в 1992–2014 гг. В данной базе данных разрешается по подписке изучать в формате PDF 24-страничные рефераты или полные тексты диссертаций, и при необходимости копировать их. В найденном нами массиве полные тексты имели 86 % диссертаций, что открывает большие информационные возможности для отечественных исследователей. Уместно заметить, что ведущие библиотеки страны представляют своим читателям поиск в ведущих зарубежных реферативно-библиографических базах данных бесплатно.

Несмотря на наличие рубрики «Military psychiatry» в категории «Disciplines and Occupations Category» тезауруса Medical Subject Headings (MeSH), поиск по этому словосочетанию выявил только 19 диссертационных работ. Апробированные нами автоматизированные варианты поиска диссертаций по военной психиатрии также не дали однозначного ответа об их объективности. Для объективизации результатов необходимо провести рутинный поиск в массиве из 8840 найденных диссертаций, что является предметом наших дальнейших исследований.

С целью большей интеграции в мировое научное пространство необходимо, по нашему мнению в отечественном автореферате диссертации отводить 1 стр. для англоязычного резюме. Такая практика в некоторых диссертационных советах (напр. в Университете дружбы народов), уже имеется. К сожалению, отечественных диссертационных работ в ProQuest Dissertations and Theses нет. Заявка на размещение диссертации в этой базе данных и инструкция на английском языке по ее заполнению представлена на сайте библиотечно-информационного комплекса Финансового университета при Правительстве России (<http://library.fa.ru/resource.asp?id=541>).

Литература

1. Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А. Информационный поиск и анализ структуры зарубежных диссертаций по психиатрии (1992–2014 гг.) // Вестн. психотерапии. – 2015. – № 55 (60). – С. 61–78.
2. Кармишенская Г. ProQuest Dissertations and Theses: крупнейшая полнотекстовая база данных научных диссертаций. – URL: <http://www.liber.rsuh.ru/sites/default/files/11>.
3. Медицинские предметные рубрики: алф. список. Рус. версия тезауруса MeSH Нац. мед. б-ки США [в 3 ч.] / НПО «Союз-мединформ»; Гос. центр. науч. мед. б-ка. – М., 1992. – Ч. 1. – [XV], 242 с ; Ч. 2. – 243–488 с ; Ч. 3. – 489–710 с.
4. Паспорта научной специальности / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/316>.
5. Gerety C.A. Psychological constructs, dictators and the world press : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Ph.D.) / University of Cincinnati, Ohio, United States. – Ann Arbor, 2000. – 226 p. – (ProQuest Dissertations Publishing N 9978969).
6. Wanke P. Russian/Soviet military psychiatry: 1904–1945 : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / University of Kansas, Kansas, United States. – Ann Arbor, 2002. – 218 p. – (ProQuest Dissertations Publishing N 3054001).

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ-ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Ефремова Д.А., Курасов Е.С., Кобозова К.А.

ВмедА, Санкт-Петербург

Введение. С момента открытия в 1849 году Д. Реймоном электрогенных свойств мозга, медицина пыталась использовать этот феномен для диагностики и лечения различных его поражений. После издания в 1882 году работы И.М. Сеченова «Гальванические явления на продолговатом мозгу лягушки», появление электроэнцефалографии стало вопросом времени. В дальнейшем исследование электрической активности головного мозга стало общепризнанным методом, используемым для экспериментального изучения его деятельности и диагностики заболеваний ЦНС. Внедрение компьютерных технологий позволило разработать перспективные методы (количественная ЭЭГ, полисомнография и т.д.), позволяющие изучить различные характеристики и пространственную организацию электроэнцефалограммы для оценки биоэлектрических процессов в мозге и определения локализации очага патологической активности. Но следует отметить, что на данный момент наука далека от совершенно точных способов диагностики, а потенциал ЭЭГ и получаемых с его помощью данных, может быть увеличен при помощи новых подходов к анализу энцефалограмм.

Актуальность развития нейрофизиологической диагностики обусловлена особенностями ЭЭГ-изменений при различных органических психических расстройствах. Обработка ЭЭГ-данных успешно применяется и в оценке функционального состояния головного мозга у этих больных. Однако, в последние годы нейрофизиологи и клиницисты высказывают все большую неудовлетворенность эффективностью использования этого метода, поскольку при клинически диагностируемой патологии мозга и у здоровых людей на ЭЭГ часто выявляются сходные изменения. В связи с этим, многие специалисты отмечают необходимость поиска дополнительных дифференциально-диагностических критериев органического поражения головного мозга с использованием современных методов анализа ЭЭГ. Однако на сегодняшний день не установлено достаточно четких показателей для постановки точного диагноза на основании данных, получаемых с помощью электроэнцефалографии.

Цель исследования: проанализировать современные публикации в области ЭЭГ-диагностики органических психических расстройств для определения преимуществ и недостатков существующих методик обработки данных.

Результаты и их обсуждение. Электроэнцефалография (ЭЭГ) – неинвазивный метод исследования функционального состояния головного мозга путем регистрации его биоэлектрической активности. Классификации электроэнцефалограмм Е.А. Жирмунской (1996) и Л.Р. Зенкова (2002) закономерно выделяют три класса нарушений биоэлектрической активности головного мозга в зависимости от степени информативности. К ним относятся ЭЭГ-нарушения локального и пароксизмального характера, а также диффузные нарушения [5, 6]. Наиболее информативными изменениями для констатации органического поражения головного мозга являются нарушения биоэлектрической активности локального характера. Так, оценить степень судорожной готовности, функциональное состояние головного мозга у больных эпилепсией, позволяет анализ нарушений пароксизмального характера. Диффузные изменения ЭЭГ диагностически менее значимы. Наряду с этим, множество исследователей отмечают, что поиск новых подходов к обработке данных энцефалографии является одним из важнейших в современной психиатрии и неврологии.

В своей работе, посвященной клинико-психологическим особенностям пациентов зрелого возраста с умеренными когнитивными расстройствами при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП), Е. Н. Алёшина (2011) провела оценку функционального состояния коры головного мозга при помощи электроэнцефалографии у двух групп пациентов – основной (лица с ДЭП) и контрольной (здоровые испытуемые). В контрольной группе были выявлены пациенты с нормальным (80,0%) и пограничным (20,0%) типами ЭЭГ. В основной группе исследования нормальный тип ЭЭГ выявлен у 41,1% больных, пограничный – у 49,5%, патологический – у 9,4%. По сравнению с контрольной, у основной группы пациентов преобладал пограничный тип ЭЭГ, характеризующийся явлениями доминирования бета-активности (десинхронизацией) или экзальтацией альфа-ритма (гиперсинхронизацией), острыми волнами до 120-130 мкВ с нерегулярностью альфа-ритма. Кроме этого, были отмечены нарушения правильного регионарного распределения, ослабление реакции активации и другие специфические изменения, свойственные для пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и когнитивными нарушениями. При корреляционном анализе взаимосвязей между встречаемостью типов ЭЭГ и выраженностью когнитивных нарушений по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) автором исследования была выявлена положительная связь, на основании которой можно сделать вывод о том, что, чем хуже характеристики основных ритмов ЭЭГ, тем больше выражены когнитивные нарушения [2]. Следует отдельно отметить, что, несмотря на высокие временные и трудовые затраты при обработке результатов ЭЭГ, при его оптимизации можно получить достаточно эффективную методику для диагностики не только умеренных, но и более тяжелых когнитивных расстройств.

Говоря о выявлении более выраженных когнитивных нарушений с помощью ЭЭГ, следует отметить исследования, посвященные синдрому деменции, в частности, при болезни Альцгеймера. В работе Г. А. Жарикова и соавт. (2001), авторы дифференцируют болезнь Альцгеймера (БА) исенильную деменцию альцгеймеровского типа (СДАТ). При статистическом анализе параметров ЭЭГ было выявлено, что группа пациентов, страдающих БА,

достоверно отличалась от больных СДАТ большим содержанием дельта-активности (в задних областях с явным правополушарным акцентом), тета-1 активности (практически генерализованно), тета-2 активности (преимущественно в лобных, центральных и теменных областях) и альфа-1 активности (в лобных отведениях), а также меньшими значениями относительной спектральной плотности низкочастотного (альфа-1) поддиапазона (в височных отведениях левого полушария), среднечастотного (альфа-2) поддиапазона (в центрально-височных зонах левого и теменно-височных зонах правого полушарий), а также высокочастотного (альфа-3) поддиапазона альфа-ритма (в центрально-височных зонах левого полушария и теменно-височно-затылочных зонах билатерально). Анализ ЭЭГ-параметров показал, что в группе больных БА отмечалось угнетение альфа-ритма, а в группе СДАТ альфа-ритм был явно замедлен и отчетливо повышена тета-активность [4].

Однако, в своём исследовании, посвящённом диагностике болезни Альцгеймера, С.Л. Дудук (2009) отмечает, что, хотя ЭЭГ и является наиболее доступным нейрофизиологическим методом исследования структуры головного мозга, она не всегда является достаточно информативной, в отличие от таких нейровизуализационных методов, как магнитно-резонансная томография и компьютерная томография [3].

В настоящее время имеются публикации, посвященные ЭЭГ-диагностике болезни Паркинсона. Самой частой особенностью в ЭЭГ у больных данной патологией является замедление основного ритма (брадиритмия), охватывающая все области мозга, а в отдельных случаях отмечено полное исчезновение альфа-ритма. Другой наиболее характерной особенностью ЭЭГ при паркинсонизме является частая представленность тета-ритма (до 85%). Подчеркивается, что наибольшая представленность тета-ритма характерна для акинетических форм паркинсонизма. Дельта-волны встречаются обычно более редко. Наряду с этим, обнаружена корреляция выраженности между акинезией и замедлением альфа-ритма в состоянии бодрствования. При ригидности и дрожании, наоборот, наблюдалась активация ЭЭГ. У значительной части больных отмечено снижение реакции на световые и звуковые раздражители, часто обнаруживается межполушарная амплитудная асимметрия без четкой корреляции с клиническими проявлениями. Также больным паркинсонизмом свойственны диффузные изменения ЭЭГ даже при одностороннем поражении подкорковых узлов. Таким образом, возможности рутинной электроэнцефалографии, статистического анализа ЭЭГ-особенностей, представляются весьма перспективными для диагностики болезни Паркинсона [7].

Значительное число исследований в настоящее время посвящено анализу особенностей пространственно-временной организации ЭЭГ при различных функциональных состояниях. Следует отметить, что электрографические и поведенческие корреляты функциональной асимметрии головного мозга в норме и патологии более подробно исследованы в бодрствующем и активном функциональном состоянии. Существенно меньше известно о ее проявлениях и генезе при глубоком угнетении сознания и грубых нарушениях психической деятельности.

В своей работе Е.В. Шарова (2004) уделяет особое внимание анализу особенностей межполушарного взаимодействия и межполушарной асимметрии биопотенциалов мозга человека на ранних этапах восстановления элементарной психической деятельности при затяжных посткоматозных бессознательных состояниях, обусловленных тяжелой черепно-мозговой травмой. Проведенный в данном исследовании нейрофизиологический анализ выявил выраженное отличие от нормы многих показателей биоэлектрической активности. Также была выявлена межполушарная асимметрия когерентности ЭЭГ, специфичная для определенных посткоматозных бессознательных этапов психического восстановления, в значительной мере отражающая разную значимость отдельных срединных образований мозга в формировании каждого из этих состояний: усиление стволовых влияний при вегетативном состоянии и подкорково-диэнцефальных – при мутизме [9]. Выявленные особенности были характерны для всех исследованных затяжных посткоматозных бессознательных состояний. Данное исследование имеет важное значение для последующего изучения грубых нарушений психической деятельности, поскольку оно показало корреляцию между активностью структур головного мозга с этапами восстановления психических функций.

Но, как известно, наибольшее распространение метод ЭЭГ получил в диагностике эпилепсии. На протяжении многих лет исследователи отмечали, что наиболее важное значение при этом заболевании имеет наличие фокальных комплексов типа «пик-волна» или асимметричных медленных волн, указывающих на наличие эпилептического очага и его локализацию.

Эти данные подтверждаются современным исследованием Г.Ф. Череватенко и О.О. Васильева (2012), которые показали, что у части больных после назначения адекватных антиконвульсантов была выявлена положительная трансформация как клинических (достигался контроль над припадками), так и биоэлектрических показателей (исчезали медленно-стволовые компоненты судорожного характера, появился альфа-ритм и снижалась реактивность на функциональные нагрузки). Авторами было убедительно показано, что только длительное наблюдение за больными могло свидетельствовать о стойкости данных изменений. У других пациентов после назначения адекватной противосудорожной терапии и достижения контроля над припадками на ЭЭГ еще довольно длительное время регистрировались медленно-волновые компоненты судорожного характера. В результате данного исследования авторы сделали вывод, что только длительное наблюдение больных с контролем ЭЭГ не реже 1 раза в 3 месяца может свидетельствовать о стойкости выявленных как положительных, так и отрицательных изменений, а также об адекватности назначенной противосудорожной терапии [8].

В своём исследовании С.О. Айвазян и Ю.С. Ширяева (2010) рассматривают проблему диагностики различных форм эпилепсии. При этом были проанализированы 785 историй болезней. На основании полученных данных было установлено, что у каждого пятого больного с подозрением на текущие эпилептические приступы

пароксизмы носят неэпилептический характер, при этом среди обследованных были как пациенты с эпилепсией, так и без нее. В связи с этим, авторами был сделан вывод о необходимости более тщательного анализа результатов ЭЭГ для установки диагноза [1].

Несмотря на наличие на сегодняшний день высокотехнологичных методов обследования, диагностика эпилепсии, особенно ее фокальных форм, представляет значительные сложности. Ошибки могут возникать на всех этапах диагностики – от установления самого факта наличия эпилепсии у пациента до идентификации эпилептогенной зоны. В связи с этим, при определении локализации очага патологической активности обязательным условием является многократная запись всех видов приступов, их классификация и тщательный анализ иктальных ЭЭГ-паттернов.

Заключение. Таким образом, анализ современных работ в области диагностики органических психических расстройств при помощи электроэнцефалографии свидетельствует о том, что существующие методы обработки данных обладают рядом достоинств и недостатков. Кроме того, на настоящий момент не выявлено достаточно ЭЭГ-признаков для точной диагностики органических психических расстройств, что требует совершенствования подходов к анализу результатов ЭЭГ. В связи с этим, необходимо продолжение исследований для поиска дополнительных критериев, позволяющих сделать обработку полученных при помощи ЭЭГ данных более точными. Это повысит эффективность диагностики, а также будет способствовать улучшения качества лечения.

Литература

1. Айвазян, С.О. Видео-ЭЭГ мониторинг в диагностике эпилепсии у детей / С.О. Айвазян, Ю.С. Ширяев // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 6. – С. 70-76.
2. Алёшина, Е.Н. Клинико-психологические особенности пациентов зрелого возраста с умеренными когнитивными расстройствами при дисциркуляторной энцефалопатии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Н. Алёшина – М., 2011. – 22 с.
3. Дудук, С.Л. К вопросу о диагностике болезни Альцгеймера / С.Л. Дудук // Журн. Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. – № 1. – С. 14-17.
4. Жариков, Г.А. Диагностика деменции альцгеймеровского типа на ранних этапах ее развития / Г.А. Жариков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 2. – С. 23-27.
5. Жирмунская, Е.А. Атлас классификации ЭЭГ / Е.А. Жирмунская. – М.: Б.и., 1996. – С. 145-154.
6. Зенков, Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии): Руководство для врачей / Л.Р. Зенков – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 368 с.
7. Лыкова, А.В. Электроэнцефалография при паркинсонизме / А.В. Лыкова, А.В. Горбунов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 285-287.
8. Череватенко, Г. Ф. Особенности биоэлектрической активности у больных с парциальной эпилепсией с различными видами трансформаций / Г. Ф. Череватенко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 3. – С. 148-149.
9. Шарова, Е.В. Асимметрия когерентности ЭЭГ при посткоматозных бессознательных состояниях после тяжелой черепно-мозговой травмы / Е.В. Шарова // Функциональная межполушарная асимметрия: Хрестоматия. – М.: Научный мир, 2004. – 578 с.

АЛГОРИТМ ПОИСКА И АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНЫХ ДОКТОРСКИХ ДИССЕРТАЦИЙ ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Зотова А.В., Евдокимов В.И.

ВЦЭРМ МЧС России, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Целью исследования явились алгоритм поиска и анализ структуры зарубежных докторских диссертаций по психотерапии за 1992-2014 гг.

Объект исследования составила электронная база данных (БД) диссертаций и дипломных работ ProQuest Dissertations & Theses Database, (далее – PQDT) корпорации «ProQuest Information & Learning» (штаб-квартира находится в г. Анн-Арбор, шт. Мичиган, США) и официальный электронный архив диссертаций Библиотеки Конгресса США. БД PQDT самый представительный полнотекстовый массив диссертаций, содержащих около 2,9 млн работ, опубликованных на 40 языках мира.

Библиографическое описание докторских диссертаций, изданных с середины 1980 г., содержит реферат из 350 слов, написанный автором (аналогичный российскому автореферату диссертаций), а магистерских диссертаций, опубликованных с 1988 г., – реферат из 180 слов. Более 80 тыс. новых диссертации добавляются в БД PQDT ежегодно [2]. К сожалению, воспользоваться данной БД возможно только по подписке. Существует также открытый массив диссертаций PQDT.

Предмет исследования составили динамика развития и общая структура иностранных докторских диссертаций по психотерапии.

Материалы и методы. Поисковый режим PQDT снабжен русскоязычным интерфейсом (<http://www.proquest>). Использовали расширенный поиск. Поиск содержал: период – 1992–2014 гг.; язык – любой; тип рукописи – докторские диссертации; поисковое слово – «Psychotherapy»; поисковый режим – «Везде, за исключением полного текста», т.е. это слово будет искаться в названии диссертации, ключевых словах, научной специальности (теме).

Период поиска совпадает со временем образования Российской Федерации. В дальнейшем планируется сравнить структуру отечественных и зарубежных диссертаций по психотерапии. Поисковые слова направлений и отдельных методик психотерапии согласовывали с терминами рубрики «Psychotherapy» категории «Psychiatry and Psychology Category» тезауруса «Медицинские предметные рубрики» (Medical Subject Headings, MeSH) [3]. Подробный алгоритм поиска диссертаций представлен в публикации [1]

Количественную динамику и прогнозирование показателей исследовали при помощи анализа динамических рядов программы Microsoft Excel, для чего применили полиномиальный тренд 2-го порядка.

Результаты и их анализ. Поиск позволил найти 41 920 диссертаций в сфере психотерапии, опубликованных в 1992–2014 гг. Полиномиальный тренд при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,83$) прогнозирует явное уменьшение количества диссертаций на ближайший период. Причина данного явления непонятна. Можно предположить о снижении интереса у исследователей к проблемам психотерапии, но почему это произошло так резко с 2008 г.? Возможно, уменьшение работ связано с изменением рубрикации тематики диссертаций в БД PQDT.

Диссертаций на английском языке было 98,6%, французском – 0,8%, испанском – 0,3%, прочих языках – 0,3%. Полные тексты в формате PDF имели 35 410 докторских диссертаций, или 84,5%. Были рассмотрены в университетах США – 91,8 работ, Канады – 4,9%, Великобритании – 1,7 %, Швеции – 0,3%, Испании – 0,3%, других стран – 1%.

Таблица

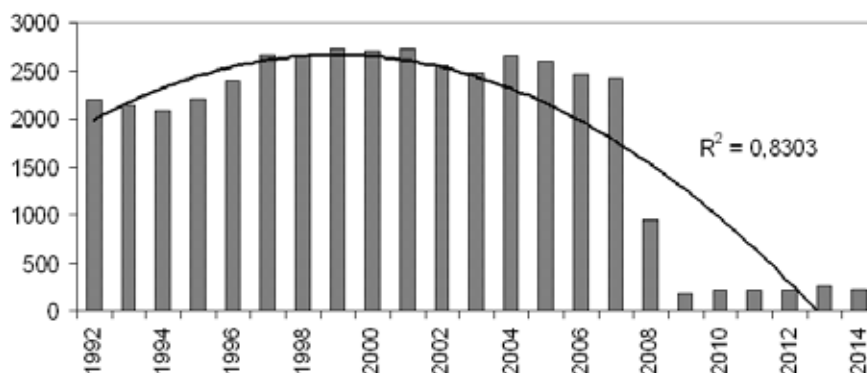
Структура диссертаций по терминам рубрики «Psychotherapy» MeSH

Медицинский предметный заголовок (MeSH)	n (%)
Анималотерапия (Animal Assisted Therapy) Терапия с помощью лошадей (Equine-Assisted Therapy)	77 (0,18)
Ароматерапия (Aromatherapy)	4 (0,01)
Арттерапия (Art Therapy)	421 (0,99)
Аутогенная тренировка (Autogenic Training)	11 (0,03)
Поведенческая терапия (Behavior Therapy) Терапия отвращением (Aversive Therapy) Десенсибилизация психологическая (Desensitization, Psychologic) Релаксационная терапия (Relaxation Therapy) Психотерапия погружением в воображение, импловзивная (Implosive Therapy) Хронотерапия фазы сна (Sleep Phase Chronotherapy)	2041 (4,79)
Когнитивная терапия (Cognitive Therapy)	3214 (7,54)

Медицинский предметный заголовок (MeSH)	n (%)
Библиотерапия (Bibliotherapy)	57 (0,13)
Цветотерапия (Color Therapy)	100 (0,24)
Кризисное вмешательство (Crisis Intervention)	160 (0,38)
Танцевальная терапия (Dance Therapy)	42 (0,10)
Обратная связь, психологическая (Feedback, Psychological) и сенсорная (Feedback, Sensory) Биологическая обратная связь, психология (Biofeedback, Psychology)	1553 (3,65)
Гештальт терапия (Gestalt Therapy)	67 (0,15)
Садоводческая терапия (Horticultural Therapy)	1 (0,00)
Гипноз (Hypnosis) Внушение (Suggestion)	2590 (6,08)
Психотерапия ментальных образов (Imagery, Psychotherapy)	410 (0,96)
Музыкальная терапия (Music Therapy)	135 (0,32)
Рассказотерапия (Narrative Therapy)	371 (0,91)
Недирективная терапия (Nondirective Therapy)	16 (0,04)
Игровая терапия (Play Therapy)	480 (1,13)
Психоаналитическая терапия (Psychoanalytic Therapy) Свободные ассоциации (Free Association) Транзакционный анализ (Transactional Analysis)	579 (1,43)
Психотерапевтические процессы (Psychotherapeutic Processes) Отреагирование (Abreaction) Катарсис (Catharsis) Ассоциация (Association) Перенос (Transference, Psychology)	4284 (10,06)
Психотерапия краткосрочная (Psychotherapy, Brief)	1771 (4,16)
Психотерапия несколькими психотерапевтами (Psychotherapy Multiple)	5316 (12,48)
Рационально-эмотивная психотерапия (Psychotherapy, Rational-Emotive)	68 (0,16)
Терапия реальностью (Reality Therapy)	181 (0,43)
Терапия окружающей социальной средой (Socioenvironmental Therapy) Терапия средой (Milieu Therapy) Психотерапия групповая (Psychotherapy, Group) Семейная терапия (Family Therapy) OR (Marital Therapy) Психотерапия с использованием ролевых игр (Role Playing) Психотерапия по месту жительства (Residential Treatment)	18 637 (43,76)

Как и следовало ожидать наиболее востребованными в диссертационных работах оказались методы терапии окружающей социальной средой (43,76%), психотерапия, проводимая несколькими психотерапевтами (12,48%), психотерапевтические процессы (10,06%) и когнитивная терапия (7,54%). Эти данные практически не отличались от результатов, полученные при поисковом режиме «Искать везде» [1].

В ряде диссертаций исследовались наукометрические и библиометрические показатели в сфере психотерапии. Библиографические сведения некоторых из них помещены в список литературы [4, 5].



Динамика докторских диссертаций по психотерапии, представленных в БД PQDT.

Заключение. Представленный алгоритм поиска в ProQuest Dissertations & Theses позволил выявить мировой массив из 41 920 докторских диссертаций в сфере психотерапии, опубликованных в 1992–2014 гг., и распределить их по методам и методикам психотерапии. Полные тексты в формате PDF имели 84,5% докторских диссертаций, что создает большие информационные возможности российским ученым при проведении научных исследований по психотерапии и психологической коррекции.

Для повышения инновационной составляющей отечественных диссертаций рекомендуется в разделе «Материалы и методы» указывать, какие ведущие мировые реферативно-библиографические базы данных изучены, какова была ретроспективная глубина просмотра (не менее 5 лет), сколько найдено и проработано документов по проблеме исследования.

Отмечается низкая интеграция российских ученых в мировое научное сообщество. Российских диссертаций в ProQuest Dissertations & Theses не выявлено. Российским обладателям ученых степеней следует переводить на английский язык реферат диссертации, состоящий из 350 слов, по возможности весь автореферат, и помещать их в ProQuest Dissertations & Theses. Англоязычная заявка для помещения диссертации в базу данных представлена на сайте библиотечно-информационного комплекса Финансового университета при Правительстве России (<http://library.fa.ru/resource.asp?id=541>). Региональным менеджером ProQuest в России является Галина Кармишенская, e-mail: galina. Karmishenskaya@proquest.co.uk

Литература

1. Евдокимов В.И., Карвасарский Б.Д. Психотерапия: анализ мирового массива докторских диссертаций (1983–2012 гг.) // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 7–21.
2. Кармишенская Г. ProQuest Dissertations and Theses: крупнейшая полнотекстовая база данных научных диссертаций [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.liber.rsu.ru/sites/default/files/11>.
3. MeSH-2014 : русская версия [Электронный ресурс] / Центр. науч. мед. б-ка. – URL: <http://www.scsml.rssi.ru>.
4. Kennedy R.P. Incorporating Evidence-Based Practices into Psychotherapy Training in Clinical Psychology PhD Programs : Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor Philosophy / Columbia University, New York, United States. – Ann Arbor, 2010. – 177 p. – (ProQuest Dissertations Publishing N 3447940).
5. Morris J.D. Thirty years of integrative scholarship: Comparing PhD and PsyD contributions : in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor Philosophy / Rosemead School of Psychology Biola University, California, United States. – Ann Arbor, 2004. – 68 p. – (ProQuest Dissertations Publishing N 3163425).
6. Neto L.M. Scientific communication in family therapy and family psychology: Study of three journals and two electronic lists using bibliometric, network and controversy analysis : in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor Education / University of Massachusetts Amherst, Massachusetts United States. – Ann Arbor, 1995. – 263 p.– (ProQuest Dissertations Publishing N 9606544).

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ДИАГНОЗОМ «РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ»

Капитанаки В.Е., Чермянин С.В.

Ленинградский ГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург

Психологическая защита является одной из адаптационных систем личности, которая ситуативно активируется при наличии осознаваемой угрозы, и постоянно находится в активированном состоянии при нарушениях психической адаптации. Механизмы психологической защиты отражают ее адаптивный характер и представляют собой стереотип поведения, реализующийся в форме когнитивных операций обеспечивающих защиту индивида от деструктивного влияния чрезмерной тревожности. Согласно теории Келлермана-Плутчика, преобладание определенного защитного механизма провоцирует формирование определенных черт личности. С другой стороны, люди с определенными свойствами личности манифестируют склонность к определенным защитным реакциям. [1].

Связь личностных особенностей, свойственных индивиду, и конкретных защитных механизмов формирует «индивидуальный стиль защиты», понимаемый как устойчивая стратегия защитного поведения [2].

С целью изучения особенностей индивидуального защитного стиля свойственного военнослужащих с расстройствами адаптации, было проведено обследование лиц юношеского возраста проходящих службу по призыву. Основную группу составили военнослужащие, находившиеся на стационарном лечении (2011-2015 гг.) с диагнозом: «Расстройство адаптации» (n=115). В контрольную группу вошли военнослужащие с успешной военно-профессиональной адаптацией (n=115).

В ходе обследования использовались методики: МЛЮ «Адаптивность» и «Индекс жизненного стиля»; одновременно была изучена архивная документация, содержащая анамнестические данные военнослужащих с диагнозом «Расстройство адаптации» (n=523).

Установлено, что семейный анамнез большинства военнослужащих с расстройством адаптации неблагоприятен: более половины обследованных (60,8%) воспитывались в неполных семьях, либо без участия родителей. Значительная часть респондентов воспитывались в условиях гипопеки (57,7%), или же воспитание сопровождалось жестоким обращением в семье (7,9%). Члены семей практически половины (48,4%) обследованных пациентов были склонны к асоциальным формам поведения.

В период прохождения службы в ВС РФ, подавляющее большинство обследованных (92,6%) имели низкие результаты по учебно-боевой подготовке и нарекания от командиров в связи с недисциплинированностью.

В ходе анализа данных, полученных по основным шкалам методики МЛЮ «Адаптивность», выявлено наличие определенных личностных акцентуаций практически у всех обследованных военнослужащих с диагнозом «Расстройство адаптации». Профиль личности, характерный для респондентов основной группы, отличается высокими значениями шкал Pd (психопатии), D (депрессии), Pt (психастении) и Sch (шизоидности), достигавшими, в некоторых случаях, 85 T-баллов.

Выявленные в ходе анализа данных методики МЛЮ «Адаптивность» о личностных особенностях военнослужащих основной группы в целом совпадают с характеристиками, полученными ими в ходе школьного обучения и во время прохождения военной службы. Следовательно, указанные черты присутствовали у респондентов уже в периоды предшествующие военной службе и негативным образом сказались на успешности военно-профессиональной адаптации.

В то же время, профиль военнослужащих с успешной военно-профессиональной адаптацией отличается большей гармоничностью, при этом все шкалы находятся в рамках популяционных норм [3].

Обследованные респонденты основной группы имеют крайне низкие показатели личностного адаптационного потенциала (ЛАП), что свидетельствует о низкой нервно-психической устойчивости и возможности нервно-психических срывов, что во многом соответствует данным других авторов [4,5]. В то время как военнослужащие контрольной группы имеют хорошие адаптивные способности и достаточный уровень нервно-психической устойчивости.

В ходе изучения суммарной напряженности защит (СНЗ) выявлено достоверное различие частоты активации защитного реагирования в основной и контрольной группах. Военнослужащие с расстройством адаптации имеют высокие показатели СНЗ (70,12%), в сравнении с контрольной группой (48,8%), что указывает на частую активацию защитных механизмов – регулярно возникающую неосознанную потребность разрешить эмоциональный конфликт.

Репертуар психологических защит военнослужащих с диагнозом «Расстройство адаптации» характеризуется преимущественным преобладанием примитивных защитных реакций. Ведущими защитными механизмами являются: «Регрессия», «Вытеснение» и «Замещение» (рис.1). Сталкиваясь с психотравмирующей ситуацией, данные военнослужащие склонны заменять решение субъективно более сложных задач на более простые и доступные в сложившейся ситуации. Часто подавляя неприемлемые импульсы, они не предпринимают действий по разрешению ситуации, оставаясь при этом в состоянии эмоционального напряжения длительное время; склонны к разрядке подавленных эмоций посредством направления их не на источник фрустрации, а на объекты субъективно более доступные, или представляющие меньшую опасность.

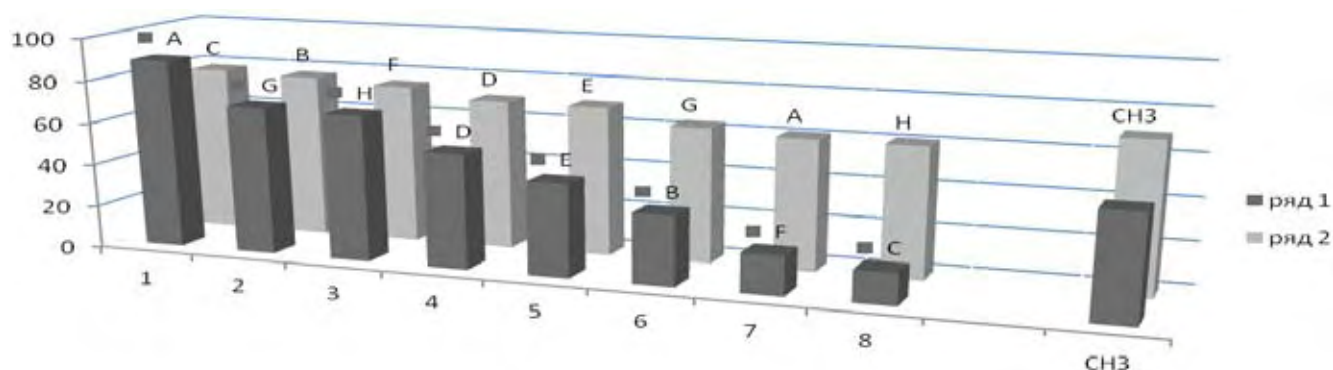


Рис. 1. Результаты сравнительного анализа механизмов психологических защит у военнослужащих успешно адаптирующихся к условиям военной службы (ряд 1) и военно-служащих с диагнозом: «Расстройство адаптации» (ряд 2).

Примечание: шкалы представлены по убыванию значений в основной группе:
 С-Регрессия, В- Вытеснение, F-Замещение, D-Компенсация, E-Проекция,
 G-Интеллектуализация, А-Отрицание, Н-Реактивные образования

К числу наиболее редко используемых защитных механизмов относятся «Отрицание», «Реактивные образования» и «Интеллектуализация», следовательно, военнослужащие с расстройством адаптации мало используют защитные механизмы, допускающие осознание травмирующей информации при интерпретировании ее «безболезненным» для личности образом.

Анализ преобладающих, у лиц основной группы, защитных механизмов позволяют определить характерные для них личностные диспозиции. Военнослужащим с расстройством адаптации свойственны «Диспозиция психопатии», «Пассивная диспозиция» и «Агрессивная диспозиция». Следовательно, в соответствии с концепцией Келлермана-Плутчика, они имеют наследственную предрасположенность к формированию определенных личностных черт. В частности, такие военнослужащие склонны избегать ответственности, внушаемы, нуждаются в поддержке и утешении; они эмоционально лабильны, стараются избегать новых знакомств.

Репертуар психологических защит контрольной группы антитентичен репертуару основной группы. Ведущими защитами военнослужащих с успешной адаптацией являются «Отрицание», «Реактивные образования» и «Интеллектуализация».

В ходе сравнительного анализа механизмов психологических защит основной и контрольной групп выявлены достоверные различия частоты использования таких механизмов, как «Отрицание», «Вытеснение», «Регрессия», «Проекция», «Замещение» и «Компенсация» (таблица 1).

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа механизмов психологических защит

Наименование показателя	Военнослужащие с расстройством адаптации	Военнослужащие с успешной адаптацией	Значения P
Отрицание (А)	61,42±2,43	89,1±1,4	p≤0,001
Вытеснение (В)	77,09±1,88	32,7±2,21	p≤0,001
Регрессия (С)	78,27±2,39	15±1,59	p≤0,001
Компенсация (D)	70,42±2,27	69,5±2,19	p≤0,005
Проекция (E)	70,29±2,69	43,7±2,38	p≤0,001
Замещение (F)	74,96±2,49	18,4±1,41	p≤0,001
Интеллектуализация (G)	63,65±2,41	68,4±2,35	-
Реактивные образования (Н)	61,24±2,56	53,8±2,37	-
Суммарная напряженность защит (СНЗ)	70,12±1,28	48,8±1,02	p≤0,001

Не выявлено достоверных различий в частоте использования защитных механизмов «Интеллектуализация» и «Реактивные образования», однако, отсутствие достоверных различий не свидетельствует об одинаковой предпочтительности этих механизмов для обеих групп, а является следствием значительной разницы суммарной напряженности защит.

Для выявления стилевых особенностей защитного реагирования военнослужащих по призыву с диагнозом «Расстройства адаптации» были проанализированы интеркорреляционные взаимосвязи (при p≤0,001) личностных особенностей и механизмов психологических защит. Для военнослужащих основной группы с ведущими защитами «Регрессия» и «Замещение» характерно заострение шизоидных, депрессивных, психастенических и

психопатических черт личности. Кроме того, признаки шизоидной акцентуации заостряются при выраженной склонности личности к использованию защитного механизма «Вытеснение». Выявленные сочетания трех ведущих защитных механизмов и соответствующих черт личности, являются индивидуальным жизненным стилем, и, провоцируют формирование расстройств адаптации.

ЛАП прямо коррелирует с суммарной напряженностью защит, что свидетельствует о том, что для лиц со сниженными адаптивными способностями характерна частая активация защитных реакций. Также ЛАП имеет прямые взаимосвязи с регрессией, вытеснением и замещением, которые являются ведущими защитными механизмами военнослужащих с расстройствами адаптации. Можно предположить, что преобладающие, у военнослужащих с расстройством адаптации, психологические защиты не являются эффективными и не способствуют успешной адаптации к факторам, порождающим чрезмерную тревогу.

Таким образом, анализ полученных в ходе исследования результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. Репертуар психологических защит военнослужащих с расстройством адаптации характеризуется преобладанием защитной триады: «Регрессия»+«Вытеснение»+«Замещение». В целом защитное реагирование отличается частой активацией, малой вариативностью и низкой эффективностью в условиях стрессорных воздействий.

2. Сочетание ведущих защитных механизмов и соответствующих черт личности, являющееся индивидуальным защитным стилем, при достижении уровня преморбида, у военнослужащих можно рассматривать как патопсихологический симптомокомплекс специфичный для развития расстройств адаптации.

3. В ходе мероприятий профессионального психологического отбора при призыве граждан на военную службу, наряду со стандартным комплексом психодиагностических методик, целесообразно также использовать методики, направленные на изучение особенностей индивидуального защитного стиля с помощью которых можно прогнозировать успешность военно-профессиональной адаптации военнослужащих.

Литература

1. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A structural theory of ego defence and emotions// Emotions in personality and psychopathology/ Ed/ by E/ Izard/ New York, 1979.-P.229-257
2. Субботина Л.Ю. Психологическая защита и стресс.-Харьков: «Гуманитарный центр», 2013.-300с.
3. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ).- М.:Речь, 2003.-142 с.
4. Чермянин С.В., Корзунин В.А., Юсупов В.В. Диагностика нервно-психической неустойчивости в клинической психологии. Методическое пособие.-СПб.:Речь, 2010.-190 с.
5. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях// Психолог.журнал.-2001.-Т.22.-№1.-С.16-24.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

Караваева Т.А.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Современный этап зарубежной и отечественной медицины характеризуется повышенным вниманием к точной и качественной диагностике заболеваний, в частности, психических расстройств, поскольку корректная и своевременная оценка состояния пациента позволяет выбрать оптимальную лечебную стратегию и тем самым повысить качество оказываемой помощи и улучшить прогноз заболевания. В первую очередь правильность верификации диагноза обеспечивается четким определением критериев диагностики, создание понятных и воспроизводимых алгоритмов, позволяющих на разных этапах решать конкретные задачи [2,3,6].

Тревожные расстройства невротического уровня широко распространены среди населения, особенно среди лиц, проживающих в мегаполисах. В основе их развития лежат как биологические, так и психологические, и социальные факторы, что определяет необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению, является основой эффективного патогенетически обоснованного применения всего спектра современных биологических и психосоциальных вмешательств и обосновывает целесообразность использования различных организационных форм помощи, включая бригадный подход к лечению и реабилитации пациентов.

Среди тревожных расстройств невротического уровня наиболее часто диагностические трудности вызывают тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства.

Целью работы являлась разработка критериев и алгоритма диагностики тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройства) на основе доказательных исследований.

Методы, использованные для сбора/ селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет. Источники для анализа доказательств: обзоры опубликованных мета-анализов; систе-матические обзоры с таблицами доказательств.

Тревожно-фобические расстройства (F40) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту), не представляющих реальной опасности. В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха. Необходимо подчеркнуть, что фобическая тревога физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги; может отличаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса; не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей; даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения [2, 7].

К наиболее частым типам тревожно-фобических расстройств относят агорофобию. Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь остаться без какой-либо помощи вне дома, в толпе, общественных местах, в одиночестве, при переездах, в транспорте, метро, поездах, автобусе, самолете, на мостах и др. Несмотря на то, что интенсивность тревоги и выраженность избегающего поведения различны, это наиболее дезадаптирующее из фобических расстройств, приковывающих некоторых пациентов к дому, поскольку они подчас не могут выходить на улицу из-за страхов [7].

Другой частой формой тревожно-фобического расстройства являются социальные фобии, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Страх внимания со стороны других людей в большинстве случаев носит иррациональный характер и формируется в подростковом возрасте, когда негативные поведенческие реакции со стороны окружающих воспринимаются особенно остро. Пациент боится внимания со стороны окружающих и акцентирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него внимание, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Кроме страха оказаться просто в центре внимания нередко встречается страх повести себя не так, не справиться с заданием, совершить смешной или глупый поступок, сказать нелепость, быть осмеянным. На фоне тревожных переживаний возникают вегетативные симптомы, которые еще больше усугубляют состояние пациента. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей, публичных выступлений, встреч с определенным кругом знакомых) или диффузным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция.

В качестве третьей большой группы тревожно-фобических расстройств выделяют специфические (изолированные) фобии – психопатологическое расстройство, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являющейся причиной реальной или предполагаемой опасности в прошлом. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику, как при агорофобии или социальной фобии. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления. Соответственно формируется выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Выделяют страх объекта (например, животного) и страх определенной

ситуации (например, высоты, грома, темноты, закрытого пространства, мочеиспускания или дефекации, употребления определенных пищевых продуктов, лечения зубов, вида крови или травмы) с необходимостью их избегать. К этой же диагностической категории относятся и нозофобии. Специфические (изолированные) фобии чаще возникают в детстве или юношеском возрасте и могут существовать десятилетиями. Снижение адаптации зависит от того насколько легко больной может избежать фобической ситуации.

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога), F41.0 – одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными. Необходимо подчеркнуть, что приступы паники: не связаны с проявлением опасности или угрозы; не ограничиваются известной, предсказуемой ситуацией; возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу; не имеют ауру перед началом; перемежаются свободными от тревоги периодами между атаками; не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием какими-либо веществ (например, лекарственных или наркотических); не спровоцированы каким-либо общим медицинским расстройством (например, гипертиреозидизмом) [1,5].

Генерализованное тревожное расстройство, F 41.1 – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску. Необходимо подчеркнуть, что тревога длится не менее 6 месяцев; захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности; направлена преимущественно на предстоящие события; не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями; она несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента; нередко сопровождается переживаниями чувства вины [4,6].

Клиническая картина преимущественно представлена 3 характерными группами симптомов генерализованного тревожного расстройства. В первую очередь это эмоциональные и аффективные нарушения (психические симптомы) – беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно, раздражительность, плохая концентрация внимания и чувствительность к шуму.

Ко второй группе симптомов относится моторное напряжение, которое может выражаться в мышечном напряжении, треморе, неспособности расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

Третья группа симптомов представлена гиперактивностью вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [6,7,16].

Алгоритм диагностики. Диагностику и верификацию тревожных расстройств пограничного уровня проводит врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач общей практики используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев заболеваний и дифференциальной диагностики с иными патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей).

На первом этапе тщательно оцениваются особенности клинических проявлений, выраженность тревожных нарушений, их длительность и связь (или отсутствие связи) с актуальными жизненными обстоятельствами пациента. Особое внимание обращается на риск суицидального поведения. Информативными являются данные о предыдущем назначенном лечении и его результатах. Проводится оценка психического, соматического и неврологического статусов, наличие коморбидной психической и сопутствующей соматической патологии. В результате первого этапа осуществляется предварительная верификация диагноза, первичная дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией.

На втором этапе осуществляется назначение и оценка данных дополнительных методов исследования. Определяется их необходимый объем, проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследование. Цель этого этапа – подтверждение диагноза, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.

На третьем этапе оцениваются личностные и индивидуально-психологические особенности пациента, его актуальная жизненная ситуация, уровень социальной активности, степень и распространенность нарушенных сфер функционирования, внутренняя картина заболевания, мотивация на лечение. Это позволяет определить индивидуальные особенности заболевания, оценить вклад психологических и социальных факторов в его развитие и течение, выделить психотерапевтические мишени.

Литература

1. Вейн, А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты) / М. : «Эйдос Медиа», 2004. – 408 с.
2. Еричев А.Н., Моргунова А.М. Современные стрессовые ситуации и возникновение чувства тревоги. Как научиться бороться. / Практическое руководство. СПб.: Изд. дом. СПб МАПО, 2009. – 30 с.
3. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Мельникова Ю.В., Саврасов Р.Г. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. / Социальная и клиническая психиатрия. – 2013 – Т. 23. – № 4 – С.45-50.

4. Holaway, R. M., Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G. (2006). The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. In G.C.L.Davey, A. Wells (Egs.), *Worry and its psychological disorder: Theory, assessment and treatment* (pp. 3-20). Chichester: Wiley.
5. Koefoed P, Woldbye DP, Hansen TO, Hansen ES, Knudsen GM, Bolwig TG, Rehfeld JF. Gene variations in the cholecystokinin system in patients with panic disorder // *Psychiatr Ge* 15.
6. Romera I, Furnandez-Purez S, Montego BL, Caballero L, Arbesu JB, Delgado-Cohen H. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in pri-mary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord* 2010;127:160e8.net. 2010 Apr; 20(2):59-64.
7. Rosellini, A. J., Lawrence A. E., Meyer J. F., Brown T. A. The effects of extravertedtemper-ament on agoraphobia in panic disorder / *J. Abnorm. Psychol.* 2010. – May. – Vol. 119 (2). – P. 420–426.

ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ НА РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Козлова С.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания при шизофрении являются основной причиной преждевременной смертности, при этом приблизительно в два раза превышающие летальный исход в сравнении с общей популяцией (Бурлаков А.В., 2007; Волель Б.А., 2010; Волков В.П., 2012; Harris E.C. et al., 1998; Hennekens C.H. et al., 2005).

Среди основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний высокая распространённость ожирения, особенно актуальная у пациентов, получающих антипсихотические препараты (Волков В.П., 2012; Дробижев М.Ю., 2004), отмечается у значительного числа больных.

Кардиотоксический эффект различных групп антипсихотиков и их сочетаний, в том числе с различными нарушениями ритма и проводимости, внезапной остановки сердца, острой коронарной недостаточности, развития метаболического синдрома, вторичной кардиомиопатии и сердечной недостаточности, также приводит к повышенному риску смертности больных с эндогенными психическими расстройствами (Волков В.П., 2012; Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2011; Дробижев М.Ю., 2004; Buckley N. et al., 1995; Hartigan-Go K., Bateman D. et al., 1996).

Материал и методы. В ходе работы была обследована группа военнослужащих с психическими расстройствами, проходивших лечение в психиатрическом стационаре с установленным окончательным диагнозом F2 (МКБ-10) эндогенных психических расстройств (ЭПР) – 91 пациент (средний возраст $31,8 \pm 10,9$ лет). У больных с ЭПР наиболее часто устанавливались диагнозы F20 – шизофрении (53,9%) и F23 – острого полиморфного психического расстройства (17,6%). Использовались клинический, клинико-психопатологический, лабораторный, инструментальный, функциональный, статистический методы исследования, которые проводились в специализированных отделениях на базе клиник ВПТ и психиатрии ВМедА.

Результаты и обсуждение. Сердечно-сосудистая патология у пациентов с эндогенными расстройствами характеризовалась в основном преобладанием ($p \leq 0,01$) вторичной кардиомиопатии (ВКМП) 51,2%, артериальной гипертензии (АГ) 14,6% и гипертонической болезни (ГБ Пост.) 9,8%, а также небольшой долей лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС) 2,4%.

Анализ динамических характеристик ССП показал, что отмечался эффект «сдвига» их дебюта у военнослужащих с психическими расстройствами на более ранний возраст. Так, средний возраст начала артериальной гипертензии у лиц с ЭПР составил $27,6 \pm 5,6$ лет, первые проявления ВКМП при ЭПР отмечались уже в $22,7 \pm 3,6$ лет, средний возраст больных с ГБ Пост. составлял для ЭПР $39,1 \pm 9,3$ лет, ИБС диагностировалась у лиц с ЭПР – в $43,3 \pm 5,8$ лет.

Вместе с тем изучение соотношения частоты обострений эндогенных психических расстройств и регистрации вторичной кардиомиопатии показало, что достоверно ($p \leq 0,05$) чаще вторичная кардиомиопатия выявлялась у пациентов с частыми обострениями (78,0%).

Структура проводимой психофармакотерапии включала довольно большое количество препаратов из группы нейролептиков. Анализ структуры фармакотерапии показал, что лишь у 1 пациента (1,1%) использовалась монотерапия препаратом зуклопентиксолом. В большинстве случаев фармакотерапия носила комплексный характер, зачастую укладываясь в обобщенную схему, состоящую из двух этапов. Первый этап – редукция острых психотических расстройств с использованием типичных нейролептиков (чаще инцизивных – галоперидол, хлорпромазин, трифлуоперазин и др.). Второй этап – подбор поддерживающей терапии с использованием преимущественно атипичных или, в более редких случаях, малых нейролептиков. Дисперсионный анализ статистической связи между фактором использования того или иного нейролептика и параметром возникновения вторичной кардиомиопатии, позволил определить, что в исследуемой группе наиболее значимыми являлись факторы использования таких препаратов, как галоперидол ($F = 8,12$; $p = 0,006$) и хлорпромазин ($F = 4,5$; $p = 0,03$). Определить взаимосвязь с факторами использования других нейролептиков не удалось, возможно, в том числе, и по причине относительно редкого их использования у исследуемой группы.

При проведении ранговой корреляции было установлено и негативное влияние флуфеназина (наряду с галоперидолом и хлорпромазином).

Следующим шагом было построение логистической регрессионной модели взаимосвязи формирования ВКМП и продолжительности психофармакотерапии, получившей вид следующего уравнения регрессии ($\chi^2 = 6,08$; $p = 0,01$):

$$Y = \exp(0,77 - 1,39 PF) / \{1 + \exp(0,77 - 1,39 PF)\}$$

где Y – вероятность формирования вторичной кардиомиопатии, принимающая бинарное значение: 1 – вероятность значима и 0 – вероятность отсутствует; PF – продолжительность фармакотерапии (в годах).

Аналогичная модель ($\chi^2=6,83$; $p=0,009$) была получена и для взаимосвязи формирования вторичной кардиомиопатии и продолжительности психического заболевания в виде уравнения:

$$Y = \exp(3,55 - 1,79 PZ) / \{1 + \exp(3,55 - 1,79 PZ)\}$$

где Y – вероятность формирования вторичной кардиомиопатии, принимающая бинарное значение: 1 – вероятность значима и 0 – вероятность отсутствует; PZ – продолжительность заболевания (в годах).

Выводы. Таким образом, возникновение вторичной кардиомиопатии у военнослужащих с эндогенными психическими расстройствами не зависит от возраста, а взаимосвязано с проводимой фармакотерапией и продолжительностью лечения. Установлено, что у военнослужащих с эндогенными психическими расстройствами частота регистрации вторичной кардиомиопатии не зависела от нозологической формы психического расстройства, а больше определялась его продолжительностью и тяжестью психического расстройства, которые в свою очередь обуславливали интенсивность проводимой психофармакотерапии.

Литература

1. Смулевич, А.Б. Психокардиология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов // М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 784 с.
2. Сторожаков, Г.И. Кардиомиопатии: эволюции взглядов // Лечебное дело – 1.2009, с. 3-11;
3. Косарев, М.М. Первичные и вторичные поражения сердечной мышцы: актуальные вопросы терминологии, патогенеза, гемодинамики / М.М. Косарев, А.Г. Обрезан, Т.П. Абдуалимов // Журн. Сердечная недостаточность. – 2012. – Т.13, № 4. – С. 241-247.
4. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н., Иванов А.А. Клинико-динамический нозологический подход в создании стандартов терапии на основе отечественной классификации психических заболеваний // Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным. – М., 2011. – С. 50.
5. Дробижев М.Ю. Кардиологические аспекты проблемы переносимости и безопасности нейролептика // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, №2. – С. 60-68.
6. Волков В.П. Миокардиальные проявления кардиотоксичности нейролептических препаратов // Арх. патологии. – 2012. – Т. 74. № 2. – С. 37-39.
7. Buckley N., Whyte I., Dawson A. Cardiotoxicity more common in thioridazine overdose than with other neuroleptics // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 1995. – Vol. 33, № 3. – P. 199-204.
8. Hennekens C.H., Hennekens A.R., Hollar D. et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease // Ann. Heart J. – 2005. – Vol. 150. – P. 1115-11121.
9. Hennekens C.H. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Vol. 68, suppl. 4. – P. 4–7.

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВТОРИЧНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ)

Козлова С.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. По официальным данным ВОЗ 2012 года на психические расстройства приходится до 20% общей заболеваемости. Отмечается высокий процент (до 70%) коморбидной соматической патологии у больных с невротическими расстройствами (Марченко А.А., 2011 г.; Краснов А.А., 2011 г.) На долю сердечно-сосудистой патологии приходится до 50% (Смулевич А.Б., 2005г.) сопутствующих заболеваний у больных с психическими расстройствами, особое место среди которых занимают некоронарогенные поражения миокарда. Отдельные формы вторичной кардиомиопатии остаются мало изученными (Сторожаков Г.И., 2009г.; Косарев М. М., соавт., 2012 г.). В то же время, поражения миокарда у больных с невротическими расстройствами в настоящее время остается актуальной и обсуждаемой темой.

Материал и методы. Обследованы 94 пациента с невротическими расстройствами по классификации МКБ раздела F4, проходивших лечение в психиатрическом стационаре, средний возраст $35,5 \pm 11,0$ лет, доля мужчин составила – 54,0%. В дальнейшем пациенты в данных группах были разделены на две возрастные категории: первая – 20-39 лет, вторая – 40-50 лет. Использовались клиничко-архивный, клиничко-психопатологический, статистический, клинический методы. Проводились необходимые диагностические исследования с применением лабораторных и инструментальных методов.

Результаты и обсуждение. В ходе исследований был выявлен высокий процент вторичной кардиомиопатии (ВКМП) – 37,7% у пациентов с невротическими расстройствами, что достоверно ($p \leq 0,01$) превышало аналогичный показатель в контрольной группе психически здоровых (18,2%).

На основании полученных результатов кластерного, дискриминантного и дисперсионного анализа были определены факторы риска формирования вторичной кардиомиопатии у лиц с невротическими расстройствами, которые были различны для возрастных групп:

А) первой группы: молодой возраст; первичное обращение и дебют заболевания; наличие патологии щитовидной железы, почек, ожирения, гипотрофии; наличие пролапса передней створки митрального клапана.

Б) для второй группы: длительный срок заболевания (более 2-х лет после дебюта); частота обострений (более 1 в год); назначение препаратов из разных фармакологических групп (сочетание атипичных антипсихотиков, четырехциклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина); возраст (пациенты старше 40 лет); сопутствующая соматическая патология (болезни желудка и 12-и перстной кишки, ГБ и гипертрофия левого желудочка); наличие пролапса передней створки митрального клапана.

Таким образом, факторы риска развития вторичной кардиомиопатии у больных с невротическими расстройствами можно расценивать, как факторы способные осложнять течение основного заболевания и необходимостью тщательного подбора проводимого медикаментозного лечения.

Выводы

1. Вторичные кардиомиопатии у пациентов с невротическими расстройствами представляют собой гетерогенную группу заболеваний, различающихся по условиям формирования и факторам риска.

2. Формирование вторичной кардиомиопатии у пациентов с невротическими расстройствами происходит по двум основным вариантам: вторичная кардиомиопатия «дебюта» и «затяжного течения».

3. Вторичная кардиомиопатия «дебюта» невротических расстройств, характеризуется возникновением уже в инициальном периоде заболевания, наличием сопутствующей патологии щитовидной железы, почек, ожирения и гипотрофии.

4. Вторичная кардиомиопатия «затяжного течения» невротических расстройств определяется большей длительностью и тяжестью заболевания и, соответственно, полипрагматическим подходом к его лечению, наличием сопутствующей патологии желудка и 12-ти перстной кишки, гипертрофией левого желудочка.

Литература

1. Смулевич, А.Б. Психокордиология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов // М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 784 с.
2. Сторожаков, Г.И. Кардиомиопатии: эволюции взглядов // Лечебное дело – 1.2009, с. 3-11;
3. Косарев, М.М. Первичные и вторичные поражения сердечной мышцы: актуальные вопросы терминологии, патогенеза, гемодинамики / М.М. Косарев, А.Г. Обрезан, Т.П. Абдуалимов // Журн. Сердечная недостаточность. – 2012. – Т.13, № 4. – С. 241-247.
4. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения / Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / <http://www.euro.who.int/>
5. Марченко А.А. Неврозы или «неврозы»: ключевые проблемы современной неврологии / А.А. Марченко // Актуальные проблемы военной психиатрии. – СПб., 2011. – С. 98-104.
6. Краснов, А.А., Соматическая заболеваемость у военнослужащих с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы / А. А. Краснов, К. А. Кобозова // Вестник психотерапии: научно-практический журнал. – 2011. – N 38. – С. 111-117. -

О ВКЛАДЕ О.Н. КУЗНЕЦОВА В ПАТОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**Лыткин В.М., Нечипоренко В.В., Баурова Н.Н.***ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Особая глава в истории психиатрии – это профессиональный анализ специалистами соответствующего профиля психиатрической и неврологической патологии у известных писателей, поэтов, художников. Замечательной традицией блистательного анализа и созидательного обсуждения творчества ряда выдающихся русских писателей, равно как и их психоневрологического статуса в отечественной психиатрии и неврологии мы обязаны крупным медицинским специалистам – В.Ф. Чижу, И.А. Сикорскому, В.А. Муратову, М.П. Никитину, А.В. Герверу, Ф.Е. Рыбакову, О.Н. Кузнецову, В.И. Лебедеву, А.А. Михайленко, В.В. Нечипоренко.

Большое внимание в своей профессиональной деятельности вопросам психопатологической биографии (патографии) уделял доцент кафедры психиатрии ВМедА, доктор медицинских наук Олег Николаевич Кузнецов (1926 – 2005). Говоря об историко-психиатрической и психотерапевтической задачах патографии великих людей, О.Н. Кузнецов (2006) подчеркивал, что в конце XX века патография вновь заняла одно из ведущих мест в психоневрологии. Учитывая, что в патографии обсуждается психиатрический диагноз давно умерших людей, к которым неприменимо обследование основанное на современных принципах диагностики, в публикациях нередко фигурирует явно сомнительная, а в ряде случаев и прямо противоречащая известным фактам жизни гениев, аргументация. Эти данные, часто взятые из научно-популярных эссе, используются для дискредитации потомства великих личностей, культа болезни в традициях ортодоксального ломброзианства, нанося психическую травму людям. Если в XIX и начале XX века в работах В.Ф. Чижа, Д.А. Аменицкого, В.М. Бехтерева освещалось, преимущественно, значение болезни и литературного творчества для настоящего и будущего психиатрии как материал для психиатрического образования, то в настоящее время патография может с успехом использоваться как культурологический материал для психотерапии, который, с одной стороны, демонстрирует потенциал здоровья у больного, а с другой – создает наиболее благоприятные условия в обществе для творчества и долголетия гениев с пограничными психическими расстройствами. О.Н.Кузнецов (1994) упоминает, что еще в 1924 году в докладе «Достоевский и художественная психопатология» В.М. Бехтерев тонко отметил, что гениальный писатель «не будучи никогда психиатром... является великим знатоком больной человеческой души». Выходящая из периода субъективизма наука, по мнению В.М. Бехтерева, не раз черпала в произведениях писателя «описание новых болезненных состояний и вообще новые факты патологии... то, чего наука дать не могла».

На основании большого личного клинического опыта в военной психиатрии и военно-медицинской психологии, соотношение здоровья и болезни в психиатрии рассматривалось О.Н. Кузнецовым в том же ключе, как и в соматической медицине. Каждый человек в особо тяжелых ситуациях может дать кратковременные психические расстройства и каждый имеет личностные особенности, неблагоприятные в процессе адаптации к одним условиям, но дающие преимущества при других. Эти феномены, где душевное здоровье глубоко угнетается жизненной обстановкой и «иногда стираются границы здоровья и болезни и где... неуравновешенность составляет почти общее явление» В.М. Бехтерев нашел в творчестве Ф.М. Достоевского, а К. Леонгард и А.Е. Личко в учении об акцентуациях. Однако для используемого О.Н. Кузнецовым подхода к патографии важно положение, согласно которому гениальность творчества больных психическими расстройствами обеспечивается здоровыми началами их психики, часто недооцениваемыми современниками. Поэтому объективное изучение сведений о людях, степень гениальности которых становится ясной только потомкам, а современниками обращалось внимание, прежде всего, на наличие у них психических расстройств, якобы мешавших их творчеству, подводит к решению реальных проблем организации охраны здоровья людей, новаторский гений которых опирается на скрытую психопатологию.

Как считал О.Н. Кузнецов, патография двух русских гениев мирового значения – Ф.М. Достоевского и М.П. Мусоргского («Достоевского в музыке») показывает обоснованность и прогрессивность предложенного им метода анализа.

Модест Петрович Мусоргский (1839–1881) в восприятии О.Н. Кузнецова был одним из величайших русских гениев, открывших новые перспективы музыки и понятый к концу XX века как ведущий мировой композитор. Раскрыв в своеобразии своего музыкального наследия эмоциональное звучание слова, он подвел науку к величайшему открытию исторической психолингвистики: песня предшествовала не только письменной, но и устной смысловой речи, выражая эмоциональное звучание праязыка общения, проявляющегося в изменении ее звуковой тональности. Однако, композитор-новатор воспринимался не только противниками «могучей кучки», но и ее членами – М.А. Балакиревым, Ц.А. Кюи, Н.А. Римским-Корсаковым, А.П. Бородиным – дилетантом, не сумевшим получить достаточного музыкального образования.

Как отмечается О.Н. Кузнецовым, подобно восприятию В. Ван Гога по его автопортрету с отрезанным ухом, М.П. Мусоргский, благодаря его портрету в психиатрическом отделении Николаевского госпиталя, написанному И.Е. Репиным, вошел в общественное сознание как психический больной. Притом он расценивался как алкоголик, вышедший из психоза, хотя в действительности в портрете композитора художником схвачены несвойственное вульгарному алкоголизму страдания.

Анализируя психическую патологию композитора О.Н. Кузнецов опирается на современные тенденции клинической психиатрии. В первую очередь им анализируется понятие «пьющий шизофреник», у которого не развивается шизофренический дефект, а изменения личности и осложнения идут по алкогольному типу. Во времена М.П. Мусоргского, когда не была еще выделена самостоятельная нозологическая форма «шизофрения» и не

существовало психофармакологических препаратов, применяющихся в настоящее время для ее лечения, алкоголь для композитора являлся единственным средством снятия неуправляемой активности воображения, доходящей до степени осознаваемых им препсихотических и психотических состояний. Упоминания об этих состояниях многочисленны в его письмах к близким и друзьям.

ПатогRAFическим исследованиям гениев, проводимых О.Н. Кузнецовым, очень близка мысль А.В. Снежневского о том, что наследственно обусловленный патос шизофрении опасен развитием шизофренического процесса для конкретного человека, но выгоден для человеческой популяции в целом, так как позволяет ей двигаться в своей творческой деятельности вперед, отбрасывая архаический мешающий шаблон. В рамки такого рода гения вполне укладывается и М.П. Мусоргский.

О.Н. Кузнецовым вводится понятие «перегрузки поля переживания» в сознании человека, превышающей силу его недостаточных физиологических процессов, в разных аспектах исследованную во французской психиатрии А. Эйем, в немецкой – К. Конрадом, в отечественной – В.К. Смирновым. Подтверждение этому обнаруживается в широко исследуемом явлении дефензивности М.Е. Бурно в психиатрическом и психотерапевтическом значении как проявлении защитных реакций противоположных агрессивным. Эти черты дефензивно-шизоидного радикала отчетливо выступают в характеристике М.П. Мусоргского, приведенной Р. Добровенским: «как человек М.П. Мусоргский был, прежде всего, враг себе и друг для всех... Его добродушие было просто беспредельно... Беспредельно доверчивый, уступчивый, поддающийся чужому влиянию, то слишком беззаботный, то чересчур мнительный...».

С целью установления природы психического заболевания М.П. Мусоргского О.Н. Кузнецов более подробно останавливается на двух ранее не исследованных обстоятельствах его жизни и творчества. Первое касается большой вероятности наследственной отягощенности М.П. Мусоргского по линии бабушки со стороны отца, бывшей крепостной мелкопоместного помещицы. И второе – типичные онейроидные эпизоды психотического состояния царя Бориса, дополнительно введенные М.П. Мусоргским в написанное им либретто оперы по тексту трагедии А.С. Пушкина «Борис Годунов», которые противоречили замыслу А.С. Пушкина и его отношению к личности Бориса Годунова.

Шизофреническая наследственность могла быть получена М.П. Мусоргским от его бабушки потому, что у мелкопоместных помещиков крестьяне вступали в браки с ближайшими родственниками. По неблагоприятной наследственности эта социальная группа могла быть сравнима с семьями царских фамилий, придерживавшихся иудаистской религии, где разрешались браки близких родственников. Не даром в психиатрии существовал термин «иудифрения» под которым понималась легкая форма шизофрении с депрессивным синдромом. Сам М.П. Мусоргский не был женат, его отношения с женщинами были для него трагичны. Композитор очень был привязан к своей матери Юлии Ивановне, смерть которой была его личной катастрофой.

Объективно оценивая психотические состояния Бориса Годунова и М.П. Мусоргского по имеющимся в распоряжении О.Н. Кузнецова биографическим сведениям, трудно сомневаться как в общности их нарушений сознания, так и в онейроидном типе их клинической картины. Онейроидный характер всех проанализированных О.Н. Кузнецовым психических расстройств у композитора для него очевиден и мог быть взят только из личных переживаний М.П. Мусоргского, что подтверждает гипотезу о эндогенно-экзогенном характере заболевания композитора. Галлюцинаторно-параноидные переживания с элементами онейроидного озарения, непонятные страхи, «вокальный поток сознания» (термин О.Н. Кузнецова) относятся к расстройствам шизофренического спектра.

О.Н. Кузнецов акцентирует внимание на том, что диагностика психического состояния М.П. Мусоргского как «пьющего шизофеника», унаследовавшего патос шизофрении от бабушки, с учетом анализа дописанных композитором эпизодов к тексту А.С. Пушкина в опере «Борис Годунов», которые могут трактоваться как онейроидные, снимает с Модеста Петровича клеймо «вульгарного алкоголика, допившегося до делирия» и объясняет неразгаданное новаторство музыки гениального композитора. Несмотря на то, что в данном случае диагноз как будто утяжелился, в то же время, по мнению О.Н. Кузнецова, при таком анализе были открыты здоровые начала личности композитора, использовавшего алкоголь как психофармакологическое средство, что и предотвратило развитие шизофренического дефекта.

Особое внимание О.Н. Кузнецова на протяжении многих лет привлекало патогRAFическое исследование творчества Федора Михайловича Достоевского (1821–1881). Оценка О.Н. Кузнецовым психического здоровья Ф.М. Достоевского, ставшая под сомнение эпилепсию с психическими расстройствами у писателя, высказывалась им с приведением аргументации на достоевских чтениях на протяжении более 10 лет, а с 1990 года это мнение было отражено в серии публикаций, а также изданной в 1994 году монографии «Достоевский о тайнах психического здоровья». Однако аксиоматичность того, что писатель страдал тяжелой формой эпилепсии, сказавшейся на особенностях его творчества, продолжает оставаться единственной официальной точкой зрения в «Летописи жизни и творчества Ф.М. Достоевского 1821–1881», самом главном научном труде по биографии писателя, выпуск которого в 3-х томах закончен Институтом русской литературы РАН в 1995 году.

О.Н. Кузнецов считал, что можно было бы оставить вопрос о болезни Ф.М. Достоевского, если бы из-за расхожего мнения об его эпилепсии с психическими расстройствами писатель не противопоставлялся как душевно больной большинству классиков русской литературы. Совершенно не оправдано, что его гений, особенности творчества приписываются болезни, а тень этой якобы «наследственной» болезни как рок падает на его живущих в наше время потомков.

По мнению О.Н. Кузнецова, биограф Ф.М. Достоевского И.Л. Волгин справедливо сетует, что во многих опубликованных биографиях правда переплетена с романтическими домыслами, в возникновении которых в оп-

ределенной степени участвовал сам писатель, по мнению которого человек не только живет, но и сочиняет свою жизнь и сочиненное для него почти равноценно реально случившемуся с ним. Этими соображениями и обусловлена гипотеза О.Н. Кузнецова, согласно которой «священная болезнь» Ф.М. Достоевского – не реальность, а красивая романтическая легенда, хотя доказательство этого лежит в медицинском анализе фактов.

С современных позиций психиатрии и неврологии, по мнению О.Н. Кузнецова, слишком многое противоречит диагнозу эпилепсия, и в этом плане на первое место можно поставить сведения о начале припадков. Эти противоречия составляют не менее 15 лет: июнь 1839 год – трагически воспринятая писателем история скорострительной смерти его отца и апрель-май 1854 года – разговор с другом-атеистом по поводу существования Бога в пасхальную ночь уже на военной службе после каторги. Даже дефектные эпилептики, а не приумножавший до конца жизни свою умственную активность гений, не допускают такого разброса в анамнестических сведениях. Не укладывается в эпилепсию частота и особенно продолжительность припадков. В описании припадков отсутствуют многие обязательные для эпилептических пароксизмов фазы. Нет и типичных для эпилепсии изменений свойств личности и мышления. Не поддается логическому объяснению, что мнительный, проходящий лечение у ведущих специалистов России и Европы по поводу соматических заболеваний, Ф.М. Достоевский был безразличен к своей эпилепсии и ограничивался консультацией у друзей-врачей. Не соблюдены существовавшие в тот период правила освидетельствования военнослужащих. Единственный существующий документ в противоречии с законодательством написан со слов больного, а не на основании непосредственного медицинского наблюдения припадков. Генетически наследственность по эпилепсии в роду Достоевских не превышает нормы, если исключить из хроники рода по М.В. Волоцкому все те случаи, которые не оправдано отнесены к этому заболеванию. У потомков писателя эпилепсия не выявлялась. Одиночный затяжной судорожный припадок был у сына писателя, повлекший смерть в раннем детском возрасте (два года и десять месяцев), скорее всего имела место неспецифическая реакция мозга на инфекцию или интоксикацию (по мнению педиатра А.И. Клиорина – туберкулезного менингита).

На основании детального изучения описания припадков и их соотношения с сопутствующими нарушениями со стороны сосудов кишечника (геморрой), легких (кровотечение из легких), а также закономерной связи сосудистых изменений (в том числе – и нетипичных для классической эпилепсии припадков) с психическим напряжением О.Н. Кузнецовым выдвинута гипотеза, согласно которой имевшие место у писателя припадки являлись следствием общего генерализованного васкулита с поражением сосудов легких, сердца, желудочного тракта, мышечной системы, кожи и головного мозга. Причиной припадков в случаях церебральной сосудистой патологии может быть острое либо повышение, либо понижение кровяного давления в сосудах головного мозга, которое в то время не могли выявить ввиду того, что не были еще изобретены методы измерения общего артериального давления и, тем более, внутримозгового кровообращения.

Как отмечал О.Н. Кузнецов, его учитель психиатрии, профессор Н.И. Озерецкий недаром не иллюстрировал свою лекцию по психиатрическим аспектам эпилепсии примерами из произведений Ф.М. Достоевского, считая их, по-видимому, недостаточно корректными. Уже позже, независимо от Н.И. Озерецкого, профессор Т.Я. Хвиливицкий на заседании общества невропатологов и психиатров также отвержал, что характер персонажей, относимых Ф.М. Достоевским к больным эпилепсией никак не соответствует опыту клиницистов.

По мнению О.Н. Кузнецова, многое, если не все из особенностей переживаний, поведения и припадков Ф.М. Достоевского вполне укладывается в картину нервно-психических нарушений при гипертонии и имеет транзиторный, преходящий тип течения. Ф.М. Достоевский действительно по настоящему страдал, но это была не выделяющая его из среды смертных «священная» эпилепсия, а угрожавшая его жизни гипертония, которой он пока мог противостоять своими огромными резервными возможностями духовной силы и потенциала здоровья. Необходимо подчеркнуть, что вся жизнь и творчество Ф.М. Достоевского требовали максимального напряжения, работы на пределе человеческих возможностей, «перегрузки поля переживания» при астении, сложностях в отношении с людьми. По глубокому убеждению О.Н. Кузнецова, следует переставить местами болезнь и творческий подъем у Ф.М. Достоевского и тогда картина их взаимосвязи будет соответствовать действительности. Не «священная болезнь эпилепсия» объясняет его гений, а, наоборот, творчество, которому он отдавал все имеющиеся у него физические и духовные силы, не считаясь со своим нервным истощением и астенией, которая вызывало гипертонию и ее осложнения.

Весь стиль жизни и творчества великого писателя предрасполагал не только к гипертонии, но, по мнению О.Н. Кузнецова, и к нарушениям сознания онейроидного типа. Подобная перегрузка, по мнению О.Н. Кузнецова, дает на фоне астенического состояния поток неуправляемого сознания в чем-то напоминающий фрагменты блокадного дистрофического онейроида (пережитого лично О.Н. Кузнецовым в годы ленинградской блокады). Таким образом, заключает О.Н. Кузнецов, трудно отрицать с позиций современной медицины то, что в генезе припадков и связанных с ним психических нарушений онейроидного типа у Ф.М. Достоевского ведущее значение имеет гипертоническая болезнь.

Литература

1. Кузнецов О.Н. Достоевский о тайнах психического здоровья / О.Н. Кузнецов – М.: РОУ, 1994. – 165 с.
2. Кузнецов О.Н. Историко-психиатрическая и психотерапевтическая задачи патографии великих людей / О.Н. Кузнецов / к 80-летию со дня рождения – СПб.: ВМедА, 2006. – Ч. II – С. 104–106.
3. Кузнецов О.Н. Психическое расстройство и творческий гений / О.Н. Кузнецов / к 80-летию со дня рождения – СПб.: ВМедА, 2006. – Ч. II – С. 107–112.
4. Кузнецов О.Н. Гипертонические кризы или гениальная? Конец легенды о священной болезни Достоевского / О.Н. Кузнецов, Н.И. Моисеева / к 80-летию со дня рождения – СПб.: ВМедА, 2006. – Ч. II – С. 113–127.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ

Маньяков Р.Р.

Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тамбовской области, г. Тамбов

Аннотация. В статье приведены данные о первичной инвалидности среди сотрудников органов внутренних дел по Тамбовской области, получивших боевые черепно-мозговые травмы в период проведения контртеррористических операций на территории Северо-Кавказского региона (1995-2012 гг.). Для данной группы характерен высокий уровень первичной инвалидности (31%), причем инвалидность во всех случаях устанавливалась в трудоспособном возрасте, наибольшее количество лиц, которым установлена инвалидность (25,9%), наблюдалось в возрастной категории 30-34 года.

Abstract. The article presents data on the primary disability among police officers in the Tambov region, received combat head injuries during the counter-terrorist operations in the North Caucasus region (1995-2012 years). For this group is characterized by a high level of primary disability (31%), and disability in all cases established in the working-age population, the largest number of persons who have established a disability (25.9%) was observed in the age group 30-34 years.

Ключевые слова: первичная инвалидность; черепно-мозговая травма; участники боевых действий.

Keywords: primary disability; traumatic brain injury; combatants.

Травматизм занимает третье место в России как причина временной утраты трудоспособности у лиц молодого и среднего возраста. В последние годы показатели инвалидности населения РФ превышают аналогичные показатели в развитых странах мира [1, с 57]. Одно из первых мест, в структуре травматизма, приходится на черепно-мозговую травму (ЧМТ).

По данным эпидемиологических исследований, ЧМТ чаще получают молодые, трудоспособные лица, при этом отмечается высокий уровень нетрудоспособности и инвалидизации [2, с 1996, 3, с 778].

Изучение исходов боевых ЧМТ среди участников контртеррористических операций (КТО) имеет не только медицинское, но и социальное и экономическое значение.

Цель исследования: провести анализ первичной инвалидности среди участников контртеррористических операций, получивших боевые черепно-мозговые травмы из числа сотрудников органов внутренних дел по Тамбовской области.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на базе федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть министерства внутренних дел Российской Федерации по Тамбовской области».

В рамках исследования изучена первичная инвалидность среди сотрудников органов внутренних дел по Тамбовской области, получивших боевые ЧМТ в период проведения КТО на территории Северо-Кавказского региона (1995-2012 гг.).

Статистическая обработка материалов исследования осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel – 2007, IBM SPSS Statistics 20.0, на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение. Изучение экспертно-трудовых исходов среди участников КТО, получивших боевые ЧМТ, свидетельствуют о высокой доле установления инвалидности данному контингенту лиц (рис. 1).

Возрастной состав на момент установления инвалидности представлен лицами трудоспособного возраста, при этом наибольшее количество (71,7%) участников КТО с боевыми ЧМТ получили инвалидность в возрасте от 30 до 44 лет (табл. 1), средний возраст раненых на момент установления инвалидности составил 38,3±7,2 года.

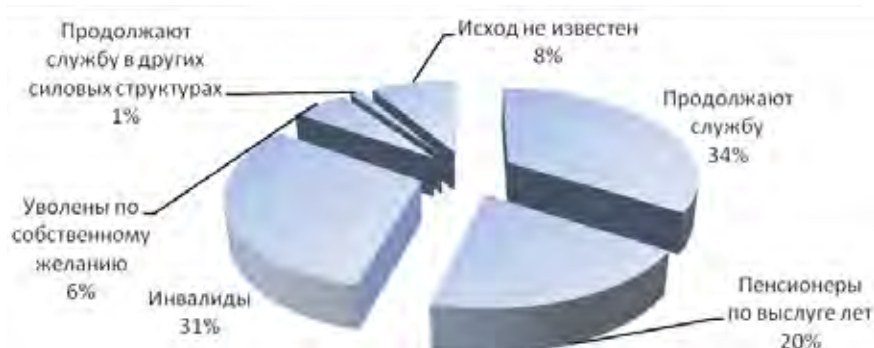


Рис. 1. Распределение участников контртеррористических операций, получивших боевые черепно-мозговые травмы в зависимости от социального статуса

Таблица 1.

Возрастная структура участников контртеррористических операций, получивших боевые черепно-мозговые травмы, на момент установления инвалидности (n=54)

Возрастная категория	Число наблюдений, абс. (%)	
	абс.	%
20-24 года	1	1,9
25-29 лет	4	7,4
30-34 года	14	25,9
35-39 лет	12	22,2
40-44 года	12	22,2
45-49 лет	6	11,1
50-54 года	3	5,6
55-59 лет	2	3,7
Всего	54	100

Самый молодой возраст раненого, которому была установлена инвалидность, равнялось двадцати четырем годам.

Анализ тяжести первичной инвалидности среди участников КТО, получивших боевые ЧМТ, показал, что в структуре инвалидности наибольшее количество лиц (55,5%), которым установлена третья группа инвалидности, вторая группа инвалидности установлена в 42,6% случаев, первая группа инвалидности – в 1,9% случаев.

Во всех случаях первичная инвалидность участникам КТО, получивших боевые ЧМТ, в бюро МСЭ установлена с формулировкой причины «военная травма».

В таблице 2 представлены данные, характеризующие срок давности установления первичной инвалидности участникам КТО после получения боевых ЧМТ.

Таблица 2.

Распределение участников контртеррористических операций в зависимости от срока давности установления первичной инвалидности после полученных боевых черепно-мозговых травм

Срок давности	Число наблюдений, абс. (%)	
	абс.	%
До 1 года	1	1,9
От 1 до 2 лет	13	24,1
От 2 до 3 лет	8	14,8
От 3 до 4 лет	8	14,8
От 4 до 5 лет	3	5,6
От 5 до 6 лет	5	9,3
От 6 до 7 лет	5	9,3
От 7 до 8 лет	3	5,6
От 8 до 9 лет	-	-
От 9 до 10 лет	3	5,6
От 10 до 11 лет	1	1,9
От 11 до 12 лет	2	3,7
От 12 до 13 лет	2	3,7
Всего	54	100

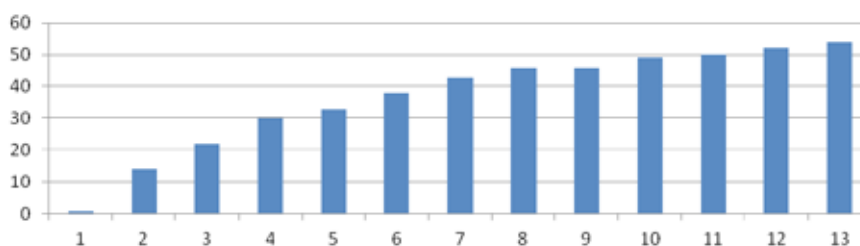


Рис. 2. Динамика инвалидности среди участников контртеррористических операций, с увеличением времени, прошедшей после получения боевых черепно-мозговых травм (нарастающим итогом)

Проведенный анализ данных свидетельствует, что инвалидность устанавливалась не только и не столько в первый год после получения боевых ЧМТ (1,9%), но и в течение всего периода катamnестического наблюдения (98,1%) за участниками КТО.

По мере увеличения времени с момента получения боевых ЧМТ, происходит значительное увеличение общего количества лиц со стойкой утратой трудоспособности (рис. 2).

Таким образом, проведенный анализ первичной инвалидности, и их динамика свидетельствует о высокой доле стойкой утраты трудоспособности среди участников КТО, получивших боевые ЧМТ.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о необходимости разработки приоритетных направлений по совершенствованию программ медико-социальной реабилитации для скорейшего восстановления здоровья и социальной адаптации в обществе, предотвращения инвалидизации и возвращения в строй участников КТО, получивших боевые ЧМТ.

Литература

1. Могучая, О.В. Организация нейрореабилитации при черепно-мозговой травме в Санкт-Петербурге / О.В. Могучая, О.В. Могучая, В.В. Кирьянова, Е.Н. Жарова // Вестник Северо-западного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014. – Т.3. – № 6. – С. 57-61.
2. Маньяков, Р.Р. Медико-социальная характеристика участников контртеррористических операций с последствиями боевых черепно-мозговых травм как аспект медико-социальной реабилитации / Р.Р. Маньяков, Э.М. Османов // Вестник Тамбовского государственного университета. Серия: Естественные и технические науки – 2014. – Т. 19. – № 6. – С. 1994-1997.
3. Овсянников, Д.М. Социальные и эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы (обзор) / Д.М. Овсянников, А.А. Чехонацкий, В.Н. Колесов, А.И. Бубашвили // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. – № 3. – С. 777-785.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДОВ ИЗ ЧИСЛА УЧАСТНИКОВ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С БОЕВЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Маньяков Р.Р.

Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тамбовской области, г. Тамбов

Введение Характер современных локальных военных конфликтов и контртеррористических операций (КТО), показывает, что в структуре боевых санитарных потерь первенство прочно закрепилось за поражениями, возникшими в результате применения боеприпасов взрывного действия, что привело к значительному увеличению количества ранений и травм черепа и головного мозга [1].

Цель исследования: изучить медико-социальные характеристики инвалидов из числа участников контртеррористических операций получивших боевые черепно-мозговые травмы для совершенствования мероприятий по их медико-социальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел по Тамбовской области» (МСЧ).

Основой исследования медико-социальных характеристик явились результаты социологического опроса 46 инвалидов из числа участников КТО с боевыми черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) различной степени тяжести, полученные на территории Северо-Кавказского региона в ходе выполнения боевых задач в период с 1995 по 2012 годы, подтвержденные документально, с использованием специально разработанной анкеты. Для сравнения была сформирована группа контроля, состоящая из 42 участников КТО, не получивших боевых травм.

В оценке результатов исследования использованы программы статистического анализа и обработки данных SPSS 20.0. При статистическом анализе рассчитывался достигнутый уровень статистической значимости (p), при этом критический уровень значимости в данном исследовании принимался равным 0,05.

В случае если переменные не подчинялись закону нормального распределения, для оценки различий между двумя независимыми группами по количественному признаку использовался U -критерий Манна-Уитни (U), по номинальному признаку использовался критерий Хи-квадрат Пирсона (χ^2) с поправкой Йетса.

Анкетирование проводилось после подписания добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что средний стаж службы респондентов в исследуемой группе составил $18,2 \pm 1,1$ года, что статистически значимо меньше среднего стажа службы респондентов из группы сопоставления, который составил $21,4 \pm 0,6$ года ($U=596,5$; $p=0,002$).

Участники КТО неоднократно выезжали для выполнения служебно-боевых задач в Северо-Кавказский регион. В этой связи был проведен анализ количества командировок.

Так, для исследуемой группы среднее количество служебных командировок в Северо-Кавказский регион составило $4,4 \pm 0,6$, для группы контроля – $4,6 \pm 0,4$. Сравнительный анализ групп между собой по количеству служебных командировок не выявил статистически значимые различия ($U=827,5$; $p=0,623$).

Сравнительный анализ по наличию или отсутствию собственного жилья не прослеживает статистически значимых различий между представленными группами ($\chi^2=3,894$; $df=2$; $p=0,143$). Сравнительный анализ представленных групп по наличию или отсутствию супружеской пары так же не выявил статистически значимых различий ($\chi^2=1,697$; $df=2$; $p=0,442$).

Для определения необходимости профессиональной реабилитации, являющейся неотъемлемой составляющей медико-социальной реабилитации, необходимо изучение трудовой занятости участников КТО, получивших боевые ЧМТ. В результате анализа трудовой занятости респондентов было выявлено, что в контрольной группе 83,3% респондентов работают, в отличие от исследуемой группы, в которой трудоустроены 39,1% опрошенных, что статистически значимо меньше, чем в контрольной группе ($\chi^2=16,110$; $df=1$; $p=0,0001$).

Участники КТО в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 г. N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» имеют право на набор социальных услуг в виде получения ежегодной путевки на санаторно-курортное лечение и обеспечение необходимыми лекарственными средствами по бесплатным рецептам.

В этой связи, проведен анализ частоты санаторно-курортного лечения, который показал, что после полученной боевой ЧМТ ежегодно санаторно-курортное лечение получают не более 3% респондентов в исследуемой группе, при этом большинство опрошенных из представленных групп никогда не лечились в санаторно-курортных организациях (рис. 1).

Установлено, что респонденты в исследуемой группе более склонны получать необходимые лекарственные средства по бесплатным рецептам (23,9%), в отличие от респондентов в группе сопоставления (2,4%) ($\chi^2=6,911$; $df=1$; $p=0,009$), хотя доля таких лиц незначительная.

Важнейшей характеристикой составляющей медико-социальной реабилитации участников КТО, получивших боевые ЧМТ, являются ежегодные профилактические медицинские осмотры.

Результаты сравнительного анализа ответов о частоте прохождения профилактических медицинских осмотров выявили статистически значимые различия между представленными группами ($\chi^2=11,649$; $df=3$; $p=0,009$).



Рис. 1. Распределение исследуемых групп по частоте санаторно-курортного лечения (%)

При этом для большинства респондентов в исследуемой группе характерно ежегодное прохождение профилактических медицинских осмотров, в отличие от респондентов в группе сопоставления, большинство из которых затруднились с ответом (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение групп по частоте профилактических медицинских осмотров (n,%)

Группы	Частота профилактических медицинских осмотров				Всего n
	Ежегодно	Один раз в 2-3 года	Один раз в 4-5 лет	Затруднился с ответом	
Исследуемая	19 (40,4)	8 (17,0)	10 (21,3)	10 (21,3)	47 (100)
Контрольная	7 (16,7)	13 (31,0)	4 (9,5)	18 (42,9)	42 (100)

Представленные группы статистически значимо отличаются по частоте реабилитационного лечения в реабилитационном отделении МСЧ ($\chi^2=24,438$; $df=2$; $p=0,0001$), при этом 44,7% опрошенных в исследуемой группе реабилитационное лечение проходят 1-2 раза в год, менее 1 раза в 2 года – 46,8%, вообще не проходили реабилитационное лечение 8,5% респондентов. В группе сопоставления 9,5% лиц проходят реабилитационное лечение 1-2 раза в год, менее 1 раза в 2 года – 42,9%, никогда не проходили лечение – 47,6% опрошенных.

Изучение мнения респондентов, о субъективном состоянии здоровья после проведенного реабилитационного лечения, показало, что среди респондентов в исследуемой группе в 46,8% случаев состояние здоровья улучшилось незначительно, в 27,7% случаев улучшилось значительно, в 8,5% случаев – осталось прежним, затруднились с ответом 17,0% опрошенных. В группе сопоставления большинство респондентов (47,6%) затруднились с ответом, осталось прежним среди 21,4% лиц, улучшилось незначительно – 19,0% респондентов, значительно улучшилось среди 11,9% опрошенных. Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами ($\chi^2=17,483$; $df=3$; $p=0,001$), при этом в исследуемой группе наибольшее количество лиц, состояние здоровья которых улучшилось, в отличие от лиц в группе сопоставления, большинство из которых затруднились с ответом.

Курение негативно влияет на процесс восстановления организма после заболеваний и травм, в связи с чем было проведено изучение отношения к курению среди участников КТО, получивших боевые ЧМТ.

Проведенный статистический анализ показал, что для участников КТО получивших боевые ЧМТ, с инвалидностью, в 80,9% случаев не характерно курение, в отличие от участников КТО без боевых травм, большинство из которых (52,4%) привержены к никотиновой зависимости ($\chi^2=6,939$; $df=1$; $p=0,008$).

Изучение срока курения среди респондентов в представленных группах показало, что средний срок курения респондентов в исследуемой группе составил $3,5 \pm 1,3$ года, что статистически значимо меньше респондентов в контрольной группе – $8,9 \pm 1,6$ лет ($U=686,5$; $p=0,003$).

В рамках исследования был проведен анализ ответов исследуемых групп по приверженности к спорту, результаты которого представлены в таблице 2.

Проведенный анализ показал, что представленные группы по приверженности к спорту имеют статистически значимые различия ($\chi^2=20,391$; $df=3$; $p=0,0001$), при этом для исследуемой группы более характерен малоподвижный образ жизни, по сравнению с участниками КТО, без боевых травм, для которых характерны более частые занятия спортом.

Таблица 2.

Распределение групп по приверженности к спорту (n,%)

Группы	Занятие спортом				Всего n
	Вообще не занимается	Раз в неделю	2-3 раза в неделю	Ежедневно	
Исследуемая	30 (65,2)	7 (15,2)	6 (13,0)	3 (6,5)	46 (100)
Контрольная	8 (19,0)	18 (42,9)	11 (26,2)	5 (11,9)	42 (100)

Проведенный анализ в субъективной потребности различных видов медико-социальной реабилитации показал, что статистически значимые различия между представленными группами наблюдаются в медицинской составляющей медико-социальной реабилитации ($\chi^2=41,66$; $df=1$; $p=0,0001$). Так, 87,2% респондентов в исследуемой группе нуждаются в данном виде реабилитации, в отличие от группы сопоставления, большинство из которых (83,3%) не выразили данную потребность. Субъективная потребность в таких видах реабилитации, как психологическая и социальная не прослеживает статистически значимых различий между представленными группами

Таким образом, планирование работы по совершенствованию медико-социальной реабилитации участников КТО, получивших боевые ЧМТ в ходе выполнения служебно-боевых задач, должно основываться на выявленных характеристиках.

Литература

1. Быков, И.Ю. Военно-полевая хирургия / И.Ю. Быков, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 816 с.

КВАНТИФИКАЦИЯ ПАРЦИАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Марченко А.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Не секрет, что в литературных источниках уже длительное время высказываются замечания по поводу ограниченных возможностей использования психопатологического метода для оценки состояния лиц с психическими расстройствами (Полищук Ю.И., 1991). Это, в числе прочего, обуславливается как гносеологической сложностью изучаемых в психиатрии феноменов, так и поливариантностью их трактовки различными специалистами. Кроме того, «прокрустово ложе» традиционных синдромологических и таксономических заключений зачастую существенно лимитируют получение значимой информации об особенностях актуального состояния больного, его тяжести, прогнозе и т.п. Вероятно, поэтому традиционными стали и представления о кризисном состоянии современной психопатологии (Кабанов М.М., 1995).

В качестве причин критического положения в пограничной психиатрии С.В. Дремов и И.Р. Семин (2001) усматривают отсутствие разработок в области патологии сознания: «проблема сознания долгое время была маргинальной в психиатрии, и все ценное, что можно было получить психиатрами при изучении состояний сознания, оставалось либо в рамках психологии, либо вообще за пределами науки». Так, еще в 1935 г. профессор Т.Н. Юдин отмечал, что, «несмотря на отдельные опыты в понимании патологии сознания, русская психиатрия этими вопросами еще не занялась, и они остаются необходимейшей задачей будущего». Тридцатью годами позже другой отечественный ученый оценивает состояние проблемы сознания в психиатрии следующим образом: «не удается установить границы и объем понятия расстройства сознания... отсутствует единогласие в классификации нарушений сознания... точная квалификация клинического статуса затрудняется многосимптомностью и лабильностью большинства состояний нарушенного сознания» (Пападопулос Т.Ф., 1969). Таким образом, делает заключение автор, «первый этап изучения расстройств сознания – их описание – не закончен даже с точки зрения статической характеристики».

Дальнейшие наблюдения и накопление фактов не только не внесли ясности в решение насущных вопросов, но лишь дополнили эмпирический хаос и более явственно обозначили методологическую неполноценность укоренившегося в психиатрии утилитарного подхода к сознанию: «если в области исследования расстройств восприятия, эмоций, мышления в психиатрической литературе сложились традиционные подходы к вопросам их систематики и клиники, то в области исследования расстройств сознания... до настоящего времени имеются существенные противоречия... Даже такие общие аспекты, как определение и границы понятия до сих пор не являются общепризнанными» (Воробьев В.Ю., 1997).

Традиционные указания на необходимость использования критериев К. Ясперса (1997) в определении расстройств сознания опровергаются рядом авторов тем, что сам Ясперс писал не о расстройствах сознания, а о психотически (в сегодняшнем понимании этого термина) измененных состояниях сознания. Вместе анализ существующих инструментов для диагностики изменений сознания в условиях стрессовых ситуаций, таких, напр., как опросник перитравматических диссоциативных переживаний (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, Jehel L. et al., 2006), перечень перитравматического дистресса (Peritraumatic Distress Inventory, Brunet A. et al., 2001), а также диагностических критериев острой реакции на стресс по МКБ-10 свидетельствуют, что такие традиционно рассматривавшиеся исключительно в рамках «большой психиатрии» проявления как нарушение ориентировки, отрешенность от действительности, расстройства осмысления и конградные нарушения памяти являются характерными признаками этих состояний, что предполагает определенную ревизию существующих взглядов на границы расстройств сознания, в рамках которой понятие «психогенного делирия» (Снедков Е.В., р.с. 1994) уже не вызывает недоуменного отношения.

Между тем, многими авторами подчеркивается, что отсутствие достаточной ясности в таких вопросах отрицательно сказывается на целом ряде практических аспектов и затрудняет дифференцированный подход к фармакотерапии, психотерапии и восстановительному лечению больных с психическими нарушениями (Абашев-Константиновский А. Л., 1973).

Не секрет, что трудности феноменологической квалификации патологии сознания в значительной степени обусловлены тем фактом, что сама область описания характеризуется крайней сложностью формулирования малознакомых субъективных переживаний и труднодифференцируемых ощущений, поскольку лексический аппарат в этой сфере отличается значительным несовершенством (Чудновский В.С., 1994). Вероятно, поэтому психопатологии и патопсихологии пришлось пройти тернистый путь доказательства доступности сознания эмпирическому исследованию. Однако, исходя из предпосылок о диалогической структурированности сознания, была показана возможность его оценки с помощью опросников, контент-анализа и даже формально шкалируемыми методами. Вместе с тем, уже разработанные методики предназначены, преимущественно, для психологических исследований, например, в области изучения изменения сознания в трансовых состояниях (напр. Pekala R.J., 1991).

Исходя из сказанного выше, целью нашего исследования стала попытка разработки формализованного опросника для изучения особенностей сознания у больных с невротическими расстройствами. Для создания методики из перечня, сформированного на основе описания В.А. Жмуровым (1994) примеров нарушений сознания,

содержащего 172 пункта, экспертами (в качестве последних выступали 6 квалифицированных врачей-психиатров) были отобраны 54 утверждения, отвечающие, по их мнению, семантическому полю понятия «нарушение сознания». Валидизация опросника проводилась на основании обследования 113 больных с расстройствами невротического спектра, соответствующими рубрике F4 классификации МКБ-10.

Выполнение задания предваряла следующая инструкция для обследуемых: «Этот опросник описывает необычные и «странные» переживания, которые обычные люди могут испытывать в повседневной жизни. Вас интересует, как часто в течение последнего месяца у вас были подобные переживания и их приблизительная длительность и, при этом, Вы не находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Для каждого вопроса укажите, пожалуйста, соответствующий ответ. Если Вы не уверены, выберете, кажущийся наиболее подходящим ответ».

Частота признака оценивалась следующим образом: 0-никогда, 1-редко, 2-часто, 3-очень часто, 4-постоянно. Для оценки длительности используются следующие градации: 1-несколько секунд, 2 – несколько минут, 3 – несколько часов, 4-почти весь день, 5 – более одного дня, 6-более одной недели. Интегральный показатель рассчитывался на основании произведения частоты симптома на его длительность.

Валидизация шкалы проводилась по результатам использования модуля «Анализ надежности» статистического пакета SPSS 16.0. Из опросника исключались пункты с коэффициентом избирательности менее 0,4. В итоговый вариант шкалы были включены 30 пунктов, при этом коэффициент надежности (α Кронбаха) шкалы составил 0,960. Окончательный вариант опросника с коэффициентами избирательности для отдельных пунктов представлен в табл. 1.

Последующий факторный анализ позволил выделить 3 главных компоненты, суммарно объясняющих 74,3% дисперсии. Факторная структура шкалы представлена в табл. 2.

Контент-анализ факторов позволил обозначить выделенные компоненты, как «нарушения ориентировки во времени» (фактор 1), «нарушения ориентировки в пространстве» (фактор 2) и «нарушение проприоцептивной ориентировки» (фактор 3).

Таблица 1

Шкала для оценки парциальных расстройств сознания

№	Утверждение	Суммарная корреляция скорректированного пункта	Квадратичная множественная корреляция	α -Кронбаха при удалении пункта
1.	Знакомые голоса воспринимались как искаженные и чужие	0,57	0,64	0,96
2.	Не будучи в угнетенном состоянии, я испытывал чувство, будто я «отрезан от мира»	0,80	0,97	0,96
3.	Мой собственный голос казался неестественным и чужим	0,58	0,94	0,96
4.	Даже когда я плакал или смеялся, мне казалось, что я совершенно не испытывал никаких эмоций	0,47	0,71	0,96
5.	Я переставал чувствовать целенаправленность течения времени, его продвижение вперед	0,85	0,88	0,96
6.	Мне казалось, что я неспособен представить в сознании разные предметы, например, лицо близкого друга или знакомое место	0,47	0,75	0,96
7.	Окружающие звуки воспринимались какими-то удаленными и нереальными	0,85	0,96	0,96
8.	Я не ощущал будущего, как будто оно перестало существовать	0,75	0,96	0,96
9.	Я испытывал такое ощущение, будто находился вне своего тела	0,67	0,96	0,96
10.	Мои движения казались не моими, как будто они «механические» или «автоматические», как у робота	0,78	0,95	0,96
11.	Мне казалось, что я утратил телесные ощущения (например, голод или жажду), так что когда я ел или пил, это воспринималось как автоматические действия	0,90	0,95	0,96
12.	Мне казалось, что отдельные события происходили раньше или позже, чем на самом деле	0,91	0,96	0,96
13.	Я переставал ощущать течение времени	0,46	0,78	0,96
14.	Кратковременные события казались растянувшимися на очень долгий период	0,66	0,83	0,96
15.	Вкус пищи не приносил ощущения удовольствия или вызывал отвращение	0,65	0,92	0,96
16.	У меня исчезало внутреннее чувство времени	0,85	0,96	0,96
17.	Мое прошлое казалось не принадлежащим мне	0,47	0,94	0,96
18.	Запахи не вызывали чувства удовольствия или отвращения	0,76	0,93	0,96
19.	Я не мог точно определить, сколько длилось то или иное событие	0,73	0,96	0,96

20.	Когда я что-нибудь делал, то испытывал чувство, будто наблюдаю за собой со стороны	0,65	0,94	0,96
21.	Чувство, что я не имел ни единой мысли, так что когда я говорил, то казалось, будто слова произносятся сами собой, автоматически	0,60	0,93	0,96
22.	Привычные и рутинные события внезапно воспринимались, как происходящие впервые, как никогда не виденные	0,73	0,95	0,96
23.	Окружающий мир воспринимался каким-то отдаленным или нереальным, как будто существовала «вуаль», отделяющая меня от внешнего мира	0,83	0,91	0,96
24.	Если я поранился, то я чувствовал себя отчужденно от боли, как будто болит у кого-то другого	0,75	0,92	0,96
25.	Мне казалось, что время будто изменило направление движения, зациклилось или течет назад	0,65	0,95	0,96
26.	Я переставал ощущать, сколько сейчас времени	0,52	0,81	0,96
27.	Время текло необычайно быстро	0,60	0,95	0,96
28.	Не будучи в подавленном настроении, я испытывал странные ощущения собственной нереальности.	0,62	0,89	0,96
29.	Временами мне казалось, будто то, что я делал недавно, происходило очень давно. Например, казалось, что все, что я делал утром, было несколько недель назад	0,91	0,97	0,96
30.	Время словно остановилось	0,46	0,85	0,96

Таблица 2

Факторная структура шкалы для оценки парциальных расстройств сознания

1-й фактор		2-й фактор		3-й фактор	
№ п.	Факторная нагрузка	№ п.	Факторная нагрузка	№ п.	Факторная нагрузка
5	0,683	1	0,589	9	0,717
8	0,547	2	0,726	11	0,9
12	0,697	3	0,896	15	0,742
13	0,723	4	0,452	18	0,584
14	0,877	6	0,862	21	0,655
16	0,687	7	0,934	24	0,588
17	0,857	10	0,948		
19	0,891	20	0,665		
25	0,942	22	0,753		
26	0,859	23	0,727		
27	0,826	28	0,642		
29	0,402				
30	0,605				

Анализ полученных факторов показал, что хотя изначально пункты опросника и относились к различным нарушениям интенциональности, активности и рефлексивности по В.А. Жмурову (1994), их внутренние связи указывают на принадлежность, прежде всего, к функции ориентировки. Зрение, отвечающее, преимущественно, за пространственную ориентировку, слух-вокализация, лежащие в основе восприятия времени, осязание-движение, дающие возможность соотносительной локализации частей тела и окружающих предметов, представляют собой разнородно структурированные источники информации, каждый из которых характеризуется собственной скоростью процессов и соотношением одновременности и последовательности (Хант Г., 2004). При этом, нарушения в рамках одной модальности в силу механизмов межмодальной трансляции (Geschwind N., 1982) с неизбежностью влекут за собой расстройства и в остальных сферах, чем, вероятно, и можно объяснить наблюдающиеся феномен антиципационной несостоятельности (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002) у больных неврозами, связанную с ней моторную неловкость и т.п. С этих позиций уместным воспринимается и то соображение, что невозможность адекватной ориентации в объемлющем строе Дж.Гибсона (1988) и обусловленное им нарушение прогностических функций сознания может лежать в основе возникновения протопатической тревоги, хотя причинно-следственные связи в этом случае требуют дальнейшего исследования.

Вместе с тем, представляется целесообразным рассмотреть феномены парциальных расстройств сознания в качестве мишени для психотерапевтического воздействия. Так, известные уже факты изменения эмоционального состояния при медитативном отключении проприоцептивной афферентации, при суггестии ускорения или замедления времени, расширения или сужения «настоящего» (Aaronsen B., 1971), внушают определенный оптимизм и дают надежду на то, что преимущественно симптомцентрированные суггестивные методы терапии получат в итоге патогенетическое обоснование.

Литература

- Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашев-Константиновский. – М.: Медицина, 1973. – 200 с.
- Гибсон Дж. Экологический подход к зрительному восприятию / Дж. Гибсон. – М., 1988. – 232 с.
- Дрёмов С.В. Измененные состояния сознания: Психологическая и философская проблема в психиатрии / С.В. Дрёмов, И.Р. Семина. – Новосибирск, Издательство СО РАН, 2001. – 204 с.
- Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М., 2002. – 608 с.
- Полищук Ю.И. О недостаточности клинического метода в психиатрии / Ю.И. Полищук // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 1991. – № 4. – С. 90–92.
- Хант Г.Т. О природе сознания: С когнитивной, феноменологической и трансперсональной точек зрения / Г.Т. Хант; пер с англ. А. Киселева. – М., 2004. – 555 с.
- Чудновский В.С. Энергетический и архитектурный принцип понимания механизмов психических заболеваний / В.С. Чудновский // Неврологический вестник. – 1994. – Т. XXVI, вып. 3-4. – С. 49-52
- Aaronson B. Time, time stance, and existence / B. Aaronson // Studium Generale. – 1971. – Vol. 71, № 24. – P.369-387.
- Brunet A. The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2 / A. Brunet, D.S. Weiss, T.J. Metzler et al. // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. P.1480–1485.
- Jehel L. Peritraumatic distress prospectively predicts PTSD symptoms in assault victims / L. Jehel, S. Paterniti, A. Brunet et al. // Encephale. – 2006. – Vol. 32. – P.953-956.
- Pekala R.J. The Phenomenology of Consciousness Inventory (PCI) / R.J. Pekala; Mid-Atlantic Educational Institute. – West Chester, PA, 1991. – 186 p.
- Brunet A. The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2 / A. Brunet, D.S. Weiss, T.J. Metzler et al. // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. P.1480–1485.

ИСТОРИЯ ПЬЯНСТВА В РОССИИ, ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ

Медведев Н.П.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

По мнению Мединского В.Р. (2015) русские, исторически не были склоны к пьянству, несмотря на это можно выделить пять периодов приобщения народов России к употреблению спиртных напитков.

1. Безалкогольная Русь. В истории древней России нет указаний на употребление руссами спиртных напитков. У славян – язычников нет богов виноделия или бога медовухи. Культы Дажьбога, Перуна, Ярилы ни как не связан с употреблением спиртных напитков. Соловьёв, Ключевский, Костомаров, описывая жизнь вятичей и кривичей, не указывали на употребление спиртного этими древними народами. Не было на Руси и обрядов, связанных с винопитием. Исполняя религиозные обряды много поедали жертвенного вепря. Само слово «жрец» происходит от слова «жрать» и ни как не связано с хмельными напитками. В хозяйственных документах тех времён нет документов о продаже, производстве или употреблении вина на этих территориях. Император Константинополь Константин Багрянородный в своём сочинении «О народах» – X век так описывает товары, которыми Византия торговала с Русью – это мёд, меха, воск. Русь закупала – золото, украшения драгоценные камни, оружие, ткани. Изречение А.С.Пушкина: И я там был, мёд пиво пил. По усам текло, а в рот не попадало, указывает на то, что только достаточно обеспеченные люди могли принимать лёгкое хмельное. Социальных проблем и соответствующих санкций к пьющим на Руси не было.

В античной культуре вино считалось даром богов. В Вакх и Пан считались покровителям виноделия в их честь устраивались многодневные празднества, сопровождаемые поглощением огромного количества вина. В «Илиаде» и «Одиссее» множество описаний пьянок и пиршеств. Да и в других древних цивилизациях широко производилось вино и пиво. В этих странах рано обратили внимание на пагубное влияние на население пьянства. По законом Ромулы мужчинам до 35 лет вообще запрещалось употреблять вина, но разрешалось пить вино женщинам. Если римлянка допускала до себя пьяного мужа, её закапывали живой. В Древней Греции запрещали употреблять вино в день брака. В Древнем Китае только в 60 лет человеку отпускались 3 привилегии: отпустить бороду, ходить с палочкой и пить вино. Однако, разрушение империй, иноземные захватчики перечеркнули эти законы. Новые культуры несли и новое отношение к винопитию. В Ветхом Завете встречается более 500 случаев упоминания вина. В Новом Завете Иисус Христос совершил первые два чуда именно с вином: превратил воду в вино, напоил толпу людей малым количеством вина.

2. Начало употребления крепких алкогольных напитков. Вопреки существующему мнению водка не русский напиток. Впервые, перегонкой виноградного сока спирт был получен арабским алхимиком Рагезом более 1000 лет назад. Мусульмане арабы стали продавать спирт в страны Европы. Его основой стали такие популярные напитки, как виски 40-45 градусов, джин до 70 градусов, коньяк до 45 градусов. В 1428 году Генуэзское посольство, следующее из Крыма в Литву, привезло на Русь спирт. Царскому двору продукт не понравился и было принято решение использовать его как лекарство. В период царствования Ивана II, происходит укрепление централизованной власти. Налаживаются отношения с Ордой, Тверским и Рязанским княжествами, Псковом, с Литвой, укрепляется авторитет духовенства. В связи с нехваткой мёда, в середине XV века на Руси начали гнать самогонку. Россияне начали выпивать, но пили редко, о чём свидетельствует пословица «Делу время, потехе час» При Иване III (1440-1505) Россия укрепила ещё большее. Многие правящие дворы Европы пытались породниться с царскими невестами. Пли мало, право торговли водки было передано государству. Создавались кабаки, право выпить в котором разрешалось 1 раз в год. Посол германского императора Сигизмунд Гебер с большой похвалой отзывался о благовоспитанности и человеческих нравах новгородцев, псковичей и торговых людей московских. Укрепление государства требовало больших денег. С этой целью была введена первая государственная монополия на продажу водки. При Иване IV государство организовало новые питейные заведения «корчмы». Причём, государство требовало от владельцев корчмы всё больше и больше денежных поступлений. Распространилась практика давать водку в залог, предлагать её бесплатно, с последующим возвращением средств, кабатчики ходили по домам с предложением своей продукции. С этого времени можно датировать начало пьянства в России. При Алексее Михайловиче (отец Петра I) кабаки были переименованы в кружечные дворы и разрешено ограничить число заведений по одному на город. Значительную роль в представлении о русских как о пьяницах привнёс Пётр I. Проведя юность в немецкой слободе, населённой лицами с «тёмным» прошлым, зачастую авантюристами, он рано пристрастился к спиртным напиткам. В дальнейшем он перенёс этот образ жизни и на свой двор. Посещая Европу в молодые годы, помимо обучения он устраивал пьяные оргии, которые поражали иностранцев.

3. В Англии в 1649 году казнили короля Карла I – к власти пришли радикалы – пуритане. Их лидер Оливер Кромвель пытался обуздать пьянство. Запрет на алкоголь послужил одной из причин казни Кромвеля. Новый король Карл II провозгласил тезис Пьешь вино? Ты англиканской веры. Непьющих подвергали гонениями и тюремному заключению. В Лондоне появились целые улицы, где невозможно встретить трезвых. Антисанитария стоявшая в городах Западной Европы, постоянные эпидемии, заставляли людей отказываться от питьевой воды и всё чаще переходить на спиртные напитки.

4. Трезвническое движение. В России оно возникло в 1859-х годах. Тысячи сёл и деревень принимали решение о закрытии питейных заведений. Давали зарок не пить ни чарки водки. В 1859 году начался массовый раз-

гром питейных заведений. Трезвенников поддерживала Православная церковь. В июле 1859 года Святейший синод вынес решение, в котором обязал: «священнослужителей содействовать возникновению в городских и сельских сословий – благой решимости воздержания от употребления.

Общества трезвости в России являлись подлинными очагами в борьбе с пьянством. К 1900 году в России насчитывалось 15 городских и 140 сельских обществ трезвости, а к 1914 году – 400 таких обществ. Кроме было еще 35 эстонских, 10 латышских и 10 подобных финских обществ, куда входили фабричные рабочие, крестьяне, ремесленники, врачи, духовенство и учителя.

Трудно назвать соотношение пьющих и непьющих, но по мнению Менделеева (наш гениальный соотечественник Дмитрий Иванович Менделеев, никогда рецепта «настоящей русской водки» не изобретал, а исследовал соотношение спирта и воды для производства пороха), до 40% русских крестьян не прикасались к вину, разве что пили за здравие чарку на престольные праздники.

5. Войны и социальные бедствия. В период с 1914 по 1970 г.г. Россия постоянно вела войны, избавлялась от классовых врагов, восстанавливала разрушенное хозяйство, перестраивала свою экономику, строило новые экономические отношения. Для большинства людей это стоило непомерных моральных и физических затрат Единственной отдушенной которую предложила страна в этот период времени это широкий ассортимент спиртных напитков. В связи с этим возрос уровень пьянства среди населения. Не смотря на это, россияне много и активно работали, создали новую экономику, восстановили разрушенное, сделали значительные научные и технические открытия, создали могущественную армию и интегрировались в мировую экономику. Всё это возможно только при трезвом и ответственной позиции большей части населения к своей стране и своей жизни.

Причинами спаивания российского народа являются недостаточные усилия государства по построению адекватной экономической, бытовой, нравственной составляющей жизни народа.

Условия пьянства населения России, частично обусловлена значительной долей водочной составляющей экономики страны. Отсутствие в должной мере пропаганды пьянства и алкоголизма в средствах массовой информации, которыми так же не представляются в должной мере альтернативные способы конструирования свободного времени граждан, низкая духовность народа.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИНДРОМЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ АЛКОГОЛЕМ

Медведев Н.П.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В крупнейших отечественных руководствах по наркологии под редакцией Н.Н. Иванца (2008) и в наркологическом разделе руководства для врачей по психиатрии под редакцией А.С. Тиганова (2012), последствия хронической интоксикации алкоголем, больных находящихся в состоянии ремиссии описаны кратко и даны различных разделах. Более менее полно освещены изменения со стороны сомато-неврологической сферы больного алкоголизмом. Психические нарушения в ремиссии описаны под рубрикой «алкогольная деградация личности». Отдельно описываются эмоциональные нарушения у больных злоупотребляющими алкоголем. Всё это не даёт полного представления о психическом облике больного алкоголизмом, хотя в определении алкоголизма приведённом в Национальном руководстве по наркологии (2008) алкоголизм назван хроническим психическим заболеванием. Начиная с работ И.В. Стрельчука (1940,1949, 1956, 1966, 1973) и Е. Gellinik (1942, 1946,1955), новых представлений в психическом состоянии пьющего человека не получено.

Традиционно описывается, что психические изменения начинаются с нравственно-этического снижения, когда уходят высшие чувства и начинают превалировать низшие. Наиболее чётко это снижение проявляется в период обострения влечения к спиртному. Описывается интеллектуальное снижение алкоголика, причиной которой считается, не столько токсическое действие этанола, сколько алкогольное поражение печени, ведущее к токсической энцефалопатии, вплоть до слабоумия. Описываются неврозоподобные расстройства астенического радикала. Неотъемлемой частью алкогольной деградации являются психопатоподобные нарушения, проявляющиеся сначала в виде заострения преморбидных черт личности, затем формируются характерологические изменения по неустойчивому, возбуждимоу и истерическому типу. Указывается, что психические изменения малозаметны и могут быть только обнаружены в состоянии алкогольного опьянения (Жислин С.Г., 1965)

Практически все исследователи алкоголизма считают стержневым синдромом, определяющим тяжесть и течение алкогольной болезни патологическое влечение к алкоголю. Этот синдром является основополагающим в клиники алкоголизма, но не следует забывать, что данный феномен развивается на фоне сформированных психических нарушений алкоголика, которые тормозят или стимулируют его реализацию.

Предрецидивные расстройства у больных алкоголизмом, или обострение патологического влечения к алкоголю, развивается на фоне воздержания от алкоголя вследствие нейрометаблических сдвигов, развивающихся как аутохтонно, так и вследствие дополнительных внешних вредностей. Реализация патологического влечения зависит от степени выраженности психических нарушений в структуре синдрома последствий хронической интоксикации. Клинические проявления предрецидивных расстройств наиболее полно описал И.Д. Даренский (2008). Апогеем психических расстройств, при алкоголизме в ремиссия – является яркая клиника предрецидивного состояния, которая незаметна в состоянии полной ремиссии. Описаны следующие варианты предрецидивного состояния: тревожно-ипохондрический, неврастеноподобный, астенодепрессивный, тревожно-депрессивный, тревожно-подозрительный, эйфорический, апатический и дисфорический вариант. По степени клинической выраженности психической симптоматики предрецидивные расстройства можно разделить следующим образом.

И.Д. Даренский (2008) писал, что при с тревожно-ипохондрическом варианте на фоне тревожно-тоскливого аффекта при отсутствии психомоторной заторможенности отмечается сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных переживаниях и ощущениях, что приводит к преувеличению действительных и выискиванию пациентами несуществующих болезненных явлений. В высказываниях больных велик удельный вес жалоб на сенестопатические расстройства. Они жалуются на слабость, бессилие, в том числе на импотенцию. Иногда пациент увязывают жалобы с длительной алкоголизацией. Они полны чувством бесперспективности, слезливости, обидчивости, легко утомляются.

В состоянии ремиссии больные вялы, пассивны, нерешительны, воспринимают жизнь, как цепь постоянных трудностей. Они малоэффективны в работе, легко утомляются, расстраиваются.

Центральное место в клинической картине неврастеноподобного состояния занимают психическая истощаемость и повышенная раздражительность. Больные утомляются при физических и психических нагрузках, становятся нерешительными, неуверенными в своих силах, у них легко возникают тревожные опасения и эмоциональная лабильность. Очень часто обнаруживается гиперестезия к разнообразным внешним раздражителям.

В ремиссии такие больные жалуются на расстройства сна, колебания настроения, быструю утомляемость.

При сочетании указанного состояния с пониженным настроением, заниженной самооценкой, депрессивными идеями самообвинения, самоуничужения, плаксивостью, речь идет об астенодепрессивном варианте. При тревожно-депрессивном варианте наряду со сниженным настроением отмечается чувство непонятного внутреннего беспокойства, неопределенного волнения, тревожное отношение к окружающей действительности, своему здоровью, опасение социальных последствий. Отмечается сомнение в эффективности противоалкогольного лечения, снижение интереса к работе, избегание контактов с окружающими. В периоды такого состояния больные выглядят

грустными, тревожными и суетливыми; в голове у них всплывают прошлые ошибки, анализу подвергается настоящее и будущее, которое, как правило, представляется малоперспективным.

Депрессивный вариант в состоянии больного дополняет сниженную самооценку, отсутствие разнообразных интересов, пессимистическая оценка будущего.

Если тревожное состояние, описанное выше, усложняется повышенной подозрительностью, недоверчивостью пациентов, когда в безобидных поступках окружающих они постоянно усматривают козни, желание ущемить его интересы, оно рассматривается как тревожно-подозрительный вариант течения.

Наиболее тяжёлые формы патологического влечения к алкоголю проявляются выраженными нарушениями самосознания, полным отрицанием наличия влечения к алкоголю (тотальная анозогнозия), «бредовой» убеждённости в необходимости употребления алкоголя. Среди них выделяются возбудимый, эйфорический, апатический и дисфорический вариант протекания патологического влечения к алкоголю.

Возбудимым больным свойственна повышенная раздражительность. У них по незначительным поводам легко возникают вспышки гнева и злобность к окружающим. Наряду с раздражительностью для них характерны стремление к самоутверждению и упрямство. На любое замечание членов семьи (прежде всего жен) или при невыполнении их желаний больные дают бурную реакцию протеста с яростью, криком, агрессивными действиями, направленными в адрес обидчика, а иногда с нанесением самоповреждений и суицидальными действиями. Во время частых семейных конфликтов и ссор такие пациенты стремятся все делать назло. Неумение сдерживать себя, постоянные конфликты и ссоры нередко сопровождаются влечением к алкоголю. У больных отмечается выраженная алкогольная анозогнозия, и, как правило, эти лица отказываются от противоялкогольного лечения.

В состоянии ремиссии они раздражительные, агрессивны, неспособные к длительной и целенаправленной деятельности, постоянно отстаивают свои интересы, имеют конфликты с правоохранительными органами.

Центральное место в клинической картине эйфорического варианта предрецидива занимает патологически повышенное, благодушное настроение, которое обуславливает пренебрежительное, легкомысленное отношение пациентов к своей болезни и лечению. При этом они обычно необоснованно надеются на то, что все «само собой обойдется». В таком состоянии появляется стремление «получать от жизни все удовольствия», что способствует срывам или рецидивам заболевания. У ряда пациентов эйфория сопровождается идеаторной и моторной активностью, придавая картине заболевания гипоманиакальный оттенок: они становятся чрезмерно оживленными, веселыми, разъезжают по городу в поиске старых друзей, знакомых, испытывают острую необходимость в общении. Иногда они на целые дни «салятся на телефон», обзванивают всех знакомых, «налаживают связь», сами навязываются в гости и назначают деловые свидания. Такое состояние продолжается 1–2 суток и заканчивается, как правило, массивной алкоголизацией.

В состоянии ремиссии это гипертимы, они деятельны, активны, решительные. У них много планов, проектов. Они многого добиваются в жизни, выражены признаки переоценки собственной личности.

Для апатического варианта характерны сонливость, пассивность, равнодушие и безучастность пациентов к окружающим, особенно к членам семьи, к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения. Больные безынициативны, малоподвижны, предпочитают после работы много лежать и «отдыхать», испытывают постоянное ощущение «снижения тонуса» и «ощущения нехватки чего-то», у них постепенно утрачивается интерес жизни, ко всему, что раньше их волновало. Приходя с работы, они «заваливаются спать», не занимаются домашними делами. В то же время пациенты контактны, обнаруживают адекватные эмоциональные реакции на замечания близких или сослуживцев.

Больные вялы, пассивны бездеятельны. Мало чем интересуются, имеют узкий круг интересов.

У больных с дисфорическим вариантом предрецидива на фоне тревожно-депрессивного аффекта настроение временами приобретает тоскливо-злобный характер. Они выглядят хмурыми, угрюмыми, мрачными и настороженными. В периоды таких состояний пациентам свойственны гневливость, повышенная возбудимость, раздражительность. На высоте дисфории у некоторых больных обнаруживаются неясная тревога за свое здоровье, страх и агитация. Иногда наблюдаются дисфорические состояния с положительным аффектом: пациенты внезапно, без внешнего повода, становятся чрезмерно оживленными, веселыми, сексуально расторможенными, рассказывают неуместные плоские анекдоты, высказывают идеи сверхценного порядка.

В психическом складе таких больных в ремиссии, мы обнаруживаем приступы злобы, тоскливости, вербальной и физической агрессии.

Так у пациентов с тревожно-ипохондрическим, астенодепрессивным, тревожно-депрессивным и неврас-теноподобными вариантами предрецидива, как правило, отмечается недостаточная критика к алкогольной зависимости, но больные охотнее обращаются за медицинской помощью. Актуализация патологического влечения к алкоголю у них возникает чаще всего ситуационно, четко ощущается ими. Больные пытаются бороться с возникшим желанием выпить, иногда даже обращаются к родным с просьбой дать им какое-то лекарство, чтобы снять желание, так как понимают, что дело кончится запоем. В клинической картине заболевания у таких пациентов, как правило, нет амнестических форм опьянения и палимпсестов. Имеют место высокая толерантность и сильное компульсивное влечение в интоксикации. Эти варианты течения патологического влечения к алкоголю относятся к благоприятному типу.

При остальных вариантах обнаруживаются выраженная анозогнозия к алкогольной зависимости, оппозиционное отношение к лечению, отмечаются амнестические формы опьянения. Актуализация патологического

влечения к алкоголю обуславливается не столько психогенно, сколько в результате биологических факторов. Здесь нет борьбы мотивов, периода обсессивного влечения перед срывом. У этих больных всегда имеется в той или иной степени выраженное влечение к алкоголю. Таким образом, данные варианты предрецидива являются прогностически неблагоприятными.

Диагностика психических изменений у лиц страдающих алкоголизмом в период ремиссии, зачастую, представляется довольно трудной задачей. Следует полагать, что психические нарушения при синдроме последствий хронической интоксикации алкоголем, складываются из явлений органического поражения головного мозга сопряжённые с расстройствами преимущественно эмоционального регистра.

При лёгкой степени органической патологии расстройства памяти минимальные, интеллектуального снижения не наблюдается, аффективные нарушения выражены незначительно, а в клинической картине преобладают астенические расстройства.

При средней степени выраженности органической патологии более чётко проявляются расстройства памяти на текущие и прошедшие события, интеллектуальные расстройства более грубы, больные кажутся бестолковыми, пользуются только наработанными навыками и умениями. Эмоциональные расстройства представлены тревожными и депрессивными расстройствами и их сочетаниями.

При выраженной органической патологии алкогольного генеза память значительно снижена, наблюдается выраженный когнитивный дефицит. Эмоциональные проявления в виде возбудимых, дисфорических, эйфорических и апатических расстройств.

Подытоживая описанное выше, можно сделать следующие выводы: психические нарушения при синдроме последствий хронической интоксикации алкоголем в период ремиссии проявляются явлениями психоорганического синдрома с тревожно-ипохондрическими, неврастеноподобными, астенодепрессивными, тревожно-депрессивными, тревожно-подозрительными, эйфорическими, апатическими и дисфорическими вариантами, которые протекают латентно. Наиболее ярко клиническая картина этих состояний проявляется, только в период предрецидивного состояния.

С целью улучшения качества жизни «алкоголика» в период ремиссии клиническая тактика направлена на купирование текущих нарушений, путём назначения симптоматических препаратов (ноотропов, антиоксидантов, анксиолитиков антиастенических средств. Антidepressанты и нейрорепртки назначаются в минимальных терапевтических дозах).

В случаях, когда клиника предрецидивного состояния уже манифестировала необходимо проведение краткосрочной терапии алкогольного абстинентного синдрома по стандартам купирования алкогольной абстиненции (Витамины группы В, бензодиазепины, полиионные растворы).

Следует заметить, что за медицинской помощью в период предрецидива самостоятельно обращаются лица с астенической, тревожной и депрессивной симптоматикой, что объясняется определенной интеллектуальной сохранностью, и маловыраженной анозогнозией. Больные обнаруживающие эйфорические дисфорические и апатические расстройства, вследствие выраженной анозогнозии и значительного интеллектуального снижения, самостоятельно не обращаются за наркологической помощью и в отношении них требуются меры социально-«ультимативного» характера.

Таким образом, дальнейшее изучение психических расстройств в состоянии неполной ремиссии не только больных синдромом зависимости от алкоголя, но и пациентов с другими видами зависимостей, будет способствовать формированию полной ремиссии и предупреждению развития срывов и рецидивов наркологических заболеваний.

ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ФЕНОМЕНОЛОГИЮ АЛКОГОЛИЗМА

Медведев Н.П.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Синдромология алкоголизма, как и других наркологических заболеваний до настоящего времени является недостаточно определённой, а иногда и спорной.

С древних времён к употреблению алкоголя относились с морально-нравственным позициям. Вино широко использовалось целителями древности как лечебное средство. Использовались различные рецепты белого и красного вина, для лечения различных недугов. Но ещё Авиценна, Парацельс, Ибн-Сина, указывала на пагубность вина для соматического и психического здоровья человека. Чрезмерное употребление спиртного расценивалась исключительно, как личная распущенность. Лица злоупотребляющие алкоголем подвергались различным гонениям, а иногда и смертной казни.

Магнус. Хусс, будучи врачом интернистом, лечившим заболевания желудочно-кишечного тракта, обратил внимание на связь между употреблением крепкого алкоголя и заболеваниями печени. В 1853 году в своей работе «хронический алкоголизм» выделил алкоголизм как самостоятельную нозологическую единицу, обобщив совокупность психических и соматоневрологических нарушений преимущественно алкогольно-токсического генеза. В дальнейшем, в связи с проблемами лечения, исследования алкоголизма осуществлялись в основном в психиатрии. Представители классической психиатрии по-разному интерпретировали основу алкоголизма. Так, одни видели в стремлении к алкоголю проявления дисфории в рамках эпилептических расстройств (Гризингер, Гаупп). Другие полагали, что алкоголизм развивается на основе циклотимии и МДП (Маньян, Рыбаков, Осипов). Третьи относили зависимость от алкоголя к расстройствам сферы влечений (Крафт-Эббинг, Бирнбаум). Общее, что объединяло эти различные подходы – отказ в признании нозологической самостоятельности алкоголизма.

В 40-50-х годах XX в. внимание исследователей сосредоточилось на феномене патологического влечения к алкоголю, что оказало большое влияние на все последние работы по проблеме алкоголизма. Большой вклад в эту область внес И. В. Стрельчук (1940, 1949, 1956, 1966, 1973). Почти одновременно с ним начал публиковать свои работы Е. Мышек (1942, 1946, 1955). Если первый подчеркивал, что патологическое влечение к алкоголю – самый ранний и постоянный (стержневой) признак алкоголизма, то второй высказал идею о патологическом влечении как о центральном механизме заболевания, которое играет двоякую роль. Во-первых, оно толкает, вопреки всяческим препятствиям, к прерыванию установившегося режима трезвости и, во-вторых, не позволяет удержаться на допустимом уровне потребления спиртного, т. е. ведет к злоупотреблению алкоголем.

В современном представлении синдром патологического влечения к алкоголю характеризуется труднопреодолимым влечением к употреблению спиртного различной степени выраженности, от неврозоподобного характера (психическое влечение), до характера, достигающего психотического уровня (физическое влечение), имеются и переходные стадии.

Алкогольный абстинентный синдром ранними исследователями алкоголизма не относился к разряду патологических состояний и в монографиях Бонгофера, Крепелина, Маньяна не описывался. В 1929 году отечественным психиатром С.Г. Жислиным в немецком медицинском журнале на немецком языке была написана статья посвящённая описанию алкогольного абстинентного синдрома.

Благодаря работам И.В. Стрельчука и других авторов алкоголизм был выделен в отдельную нозологическую единицу, со своими, присущими только ему синдромами – синдром психической зависимости (патологическое влечение к алкоголю) и синдром физической зависимости (абстинентный синдром).

Благодаря проведённым исследованиям Всемирная Организация Здравоохранения в 1953 году внесла алкоголизм как отдельную нозологическую единицу в классификацию заболеваний.

В середине 70-х годов прошлого века Н.П. Пятницкая и А.А.Портнов описали триаду наркологических синдромов: синдром изменённой реактивности (изменение толерантности, модификация состояния опьянения, исчезновение защитных реакций), синдром психической зависимости состояние психического комфорта в состоянии интоксикации и наличие наркологического влечения), синдром физической зависимости (состояния физического комфорта в состоянии интоксикации и развитие абстинентной симптоматики при лишении психоактивного вещества).

Наличие в клинике алкогольной болезни соматических, неврологических и психических расстройств, признаётся всеми исследователями проблем наркологических заболеваний. Что даёт основание для выделения синдрома последствий хронической интоксикации. Соматические и неврологические расстройства при хроническом злоупотреблении алкоголем достаточно полно описаны терапевтами и неврологами. Описание психических расстройств в рамках алкоголизма ранее ограничивалось в основном, описанием алкогольных психозов и явлений алкогольной деградации личности. Общеизвестно, что ведущей соматической патологией при алкоголизме является токсические поражения печени ведущее к формированию хронического токсического гепатита. Токсический гепатит является для основой для развития органического поражения головного мозга. синдрома синдрома последствий хронической интоксикации алкоголем, который включает в себя неврологические и, соматические и психические расстройства обусловленные хронической интоксикацией алкоголем. Значительные разногласия и споры вызывает вопрос клинических проявлениях и степени тяжести психических нарушений у больных алкоголизмом в период ремиссии.

Современная представлбия о синдромологии алкоголизма, как и других наркологических заболеваний предполагает выделение следующих наркологических синдромов: Синдром патологического влечения к алкоголю, синдром изменённой реактивности, абстинентный синдром и синдром последствий хронической интоксикации алкоголем.

СОСТОЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Медведева Ю.И., Курасов Е.С.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

На современном этапе развития психиатрии особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно депрессивных и тревожных расстройств [2]. Понятие депрессии охватывает широкий круг психопатологических проявлений, различающихся как по типологической структуре, так и по продолжительности и степени выраженности аффективных расстройств. При этом важным является то, что клинический полиморфизм проявлений аффективных нарушений зачастую затрудняет постановку диагноза, особенно специалистами общемедицинской сети [7]. Известно, что наиболее распространенными на сегодняшний день методами, применяемыми для диагностики тревожной и депрессивной патологии, являются клинико-психопатологическое обследование и психометрические шкалы [1]. Однако, несмотря на общепризнанность и многообразие данных методик, они не исключают субъективности трактовки состояния как больным, так и врачом. В связи с этим, особую актуальность приобретает разработка современных диагностических подходов, позволяющих объективизировать выраженность аффективных нарушений (особенно, при расстройствах непсихотического уровня) и повысить точность диагностических заключений [3,8].

Цель исследования: провести анализ современной литературы, посвященной современным подходам к диагностике тревожных и депрессивных нарушений.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время депрессия определяется как психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающем мире и своего будущего, в ряде случаев сопровождающееся тоской и суицидальными наклонностями. Депрессивное настроение, наряду с нарушением мыслительных процессов, сопровождается двигательным торможением, снижением побуждений к деятельности, нарушениями сна, аппетита, менструального цикла, вегетативными нарушениями и т.д. [7].

В свою очередь, тревога представляет собой эмоцию, выражающуюся чувством надвигающейся неопределенной угрозы, внутренним волнением, ожиданием катастрофы, трагического исхода. Это осознаваемое эмоциональное состояние без конкретного содержания с соответствующими психомоторными и вегетативными признаками, представляющее, по сути, страх без явного объекта (т.н. «свободноплавающий страх») [4].

В исследованиях, посвященных патогенезу депрессивных расстройств, наиболее известна «серотониновая» гипотеза, согласно которой основной причиной развития депрессии является нарушение функционирования серотонинергических структур мозга. В основу этой теории был положен факт снижения у больных депрессией уровня серотонина в серотонинергических синапсах мозга и тромбоцитах крови. При этом была отмечена связь между снижением уровня серотонина и тяжестью депрессивного состояния. В настоящее время экстрацеребральной моделью серотонинергических нейронов считаются тромбоциты, в плотных гранулах которых содержится практически весь серотонин крови [9].

Так, в исследовании Т. Audhya (2012) было показано, что содержание серотонина в тромбоцитах в 25 000 раз выше, чем в плазме крови. Также выявлена высокая положительная корреляция между содержанием серотонина в тромбоцитах и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) и низкая – содержания серотонина в плазме и ЦСЖ. В ряде работ была показана высокая диагностическая и прогностическая значимость измерения уровня тромбоцитарного серотонина при психических расстройствах и некоторых неврологических заболеваниях, в частности при церебральном ишемическом инсульте [10]. В связи с этим, данный подход может быть использован для диагностики и определения степени выраженности аффективных (в первую очередь, депрессивных) нарушений.

Наряду с многочисленными попытками выявления биологических маркеров, несомненную практическую значимость имеют исследования феноменологических особенностей тревожных и депрессивных расстройств и способов их оценки. Произшедшие в последние десятилетия изменения подходов к диагностике аффективной патологии достаточно очевидны. С одной стороны, имеет место расширительная диагностика депрессий с включением в эту категорию ряда так называемых атипичных форм, но с искусственным отделением от них тревожных расстройств, большая часть которых по своим клиническим характеристикам и закономерностям течения вполне может быть отнесена к тревожно-депрессивным состояниям. С другой – все более очевидным становится упрощение диагностики в силу применения формализованных операциональных критериев. И то, и другое имеет как, несомненно, положительные, так и, очевидно, отрицательные аспекты [3].

Ряд исследований показал, что надежность диагностики всех психических расстройств должна обеспечиваться как использованием структурированных инструментов оценки, так и наличием четко сформулированных критериальных наборов. Такой подход позволил не только систематизировать и унифицировать клинические наблюдения, но и получить количественную характеристику тяжести заболевания в целом и отдельных симптомов в их динамике [8].

В связи с этим, особый диагностический интерес представляет сравнительное изучение данных объективной и субъективной оценок психического состояния пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами. Многими исследователями отмечается, что применяющиеся в настоящее время в пограничной психиатрии инструменты в большинстве случаев ограничиваются стандартным набором для изучения аффективных и сопутствующих им вегетативных симптомов, в ряде случаев дополненных 1-2 пунктами, позволяющими лишь в самом общем виде оценить особенности поведенческого и когнитивного реагирования [3]. Поэтому, можно считать оправданным расширение спектра определяемых феноменологических характеристик при построении новых диагностических инструментов, особенно при выявлении тревожных и депрессивных расстройств [2].

В связи с тем, что роль стрессовых факторов в развитии этой патологии является определяющей, ряд авторов отмечает, что комплексное решение вопросов диагностики, реабилитации и контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий «наиболее перспективно с точки зрения системного подхода и создания замкнутой технологической цепочки» [1,5]. В основе предложенных принципов лежит пиктополиграфический подход, сочетающий в себе стимульный материал (проективные психологические методики, опросники, психометрические шкалы и т.д.) с одновременным физиологическим контролем динамики эмоционального состояния (полиграфия) при выполнении заданий диагностических сценариев. Указывается, что использование такого подхода позволяет проводить эффективную диагностику, в том числе, доболезненных невротических состояний, наличия аддиктивной патологии и т.п. В результате многомерной обработки физиологических данных и параметров пиктографической деятельности формируется профиль смысла-физиологической значимости, отражающий ранжированный список различных смысловых кластеров с учетом эмоциональной реакции испытуемых. При этом перечень и содержание смысловых кластеров может быть самым разным и определяется задачами диагностических сценариев [8].

По мнению А.А. Скоморохова и С.М. Захарова (2009), полипиктографический подход «интегрирует и наполняет новым содержанием все известные ранее клинические (психометрические), психологические и психофизиологические методы путем включения в их структуру эмоционально-оценочной шкалы». Отмечается, что процесс измерения показателей сопоставим с «классической» полиграфией (применяемой в немедицинских сферах), но существенно отличается следующими критериями: а) юридическим (в противоположность субъективной включенности классического полиграфолога, исследователь при пиктополиграфическом обследовании выведен за его контур, что существенно повышает его статус до уровня независимого эксперта, оперирующего только достоверными результатами исследования; б) методический компонент (вместо «тестирования» испытуемого на знание стимульного материала выявляется индивидуальный символично-операторный тезаурус определенных тем и понятий; пассивному поведению испытуемого противопоставляется активность его деятельности в процессе выполнения задания; искажение результатов исследования теоретически исключено тем, что используемые нейрофизиологические показатели недоступны для субъективного контроля в процессе работы); в) этический критерий, который предполагает атмосферу «творческого» сотрудничества испытуемого с аппаратным комплексом: «напишите, нарисуйте и т.п.»

В современной психологической и психофизиологической литературе указывается, что наиболее распространенным методом проведения пиктополиграфического исследования является эгоскопия (лат. «ego» – я, греческое «skopeo» – наблюдать, исследовать). При этом особый приоритет отдается ее этической стороне, в связи с чем эгоскопия отличается от всех существующих в настоящее время методов психодиагностики.

Технология проведения исследования и структура сценариев построены таким образом, чтобы свести к минимуму возможность влияния на результаты обработки различных психологических защит и целенаправленных попыток искажения информации, а также вольного или невольного влияния эксперта на реакции обследуемого. Правомерность такого анализа обоснована тем, что человеку трудно синхронно управлять скрывающейся мыслью, вегетативными и поведенческими реакциями в процессе выполнения пиктографических заданий [3,8].

В целом же следует отметить, что в настоящее время наблюдается развитие всей системы клинической диагностики и динамического наблюдения по пути создания и обоснования стандартного и объективного подхода в оценке клинических проявлений психического расстройства с привлечением доступных технических средств, снижающих фактор субъективизма исследователя и обследуемого.

Заключение. Таким образом, анализ литературных данных, посвященных особенностям диагностики тревожных и депрессивных нарушений, свидетельствует о неоднозначности взглядов на их психопатологические особенности. В связи с этим, дальнейшее изучение таких состояний с точки зрения современных подходов, основанных на биологической оценке выраженности депрессии (определения концентрации тромбоцитарного серотонина), а также эгоскопии (пиктополиграфического метода), является весьма перспективным направлением. Данный подход будет способствовать повышению точности заключений, назначению более адекватного лечения и сокращению сроков госпитализации этих больных.

Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
2. Андрух, П.Г. Особенности современных форм тревожно-депрессивных расстройств / Андрух П.Г. // Архив психиатрии. – 2004. – С. 202-206.
3. Антропов, Ю.А. Основы диагностики психических расстройств / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
4. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
6. Тиганов, А.С. Новое в исследовании патогенеза и терапии эндогенной депрессии / А.С. Тиганов и [др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, №11. – С. 65-72.
7. Чабан, О.С. Невротические и эндогенные депрессии / О.С.Чабан, С.Г. Полшкова // НейроNews. – 2008. – №3. – С. 10-15.
8. Юрьев, Г.П. Смысло-физиологическая кластеризация результатов стандартных психологических тестов с помощью эгоскопии / Г.П.Юрьев, С.М.Захаров, С.А.Скоморохов // Нейробиология и новые подходы к искусственному интеллекту и науке о мозге. – Ростов-на-Дону, 2011. – С. 217–221.
9. Audhya, T. Correlation of serotonin levels in CSF, platelets, plasma, and urine / T. Audhya, J.B.Adams, L. Johansen // BiochimBiophysActa. – 2012. – Vol. 1820. – P.1496-1501.
10. Everett, B. Searching for a Gulf War syndrome using cluster analysis / Everett B. [et al.] – Psychology and Medicine. – 2002. – Vol. 32, №8. – P.1371-1378.

ДИНАМИКА ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ) В ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Медведев Н.П

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Учение о расстройствах личности (психопатиях) до настоящего времени продолжает оставаться одним из наиболее сложных и наименее изученных разделов пограничной психиатрии. Почти все существенные аспекты учения о психопатиях достаточно проблематичны и противоречивы. Частично имеющаяся сложность создается искусственно за счет обилия концепций и терминологической путаницы. Клинические границы расстройств личности не совпадают со значительно более широким кругом личностных девиаций, включающих как крайние варианты нормы, так и различные варианты патологии личности. Степень выраженности личностных расстройств распространяется от состояний трудно отличимых от нормы до психотического уровня нарушений.

Наибольшие трудности при диагностике и экспертизе психопатий возникают у военнослужащих, причем как в мирное, так и военное время. Эта задача несколько проще решается в гражданских условиях, где в поле зрения психиатров попадают более выраженные формы патологии личности, а не краевые и формирующиеся, с которыми чаще встречаются военные психиатры.

Тем не менее, диагностика и экспертиза таких лиц весьма затруднена, особенно при краевой форме патологии, что связано с полиморфизмом психопатических проявлений, различной степенью их выраженности, особенностями динамики, многообразием типологической представленности, возможностью компенсации в благоприятных условиях, влиянием перенесенных заболеваний и травм, присоединением алкоголизации и наркотизации и, особенно, психотравмирующих воздействий на аномальную личность.

Ф. Пинель (1801) впервые отметил, что у многих сумасшедших среди поврежденных умственных способностей, бывающих повреждены «одни только страсти». Самым характерным признаком с начала развития учения о психопатиях и в последующем многие авторы считали склонность психопатических личностей к болезненному реагированию (психопатическим реакциям). О формах реагирования, проявляющихся взрывами гнева, буйства, вспыльчивости, жестокости писали в своих работах Ph.Pinel (1829), J.Prichard (1835), W.Griesinger (1866), H. Maudsley (1870), V. Magnan (1892), P. Krafft-Ebing (1895), O. Бисвангер и Зиимерлинг (1908), E. Блейлер (1920), Э. Крепелин (1923), К. Бирнбаум (1926) и другие. Огромный вклад в разработку учения о психопатиях и особенностях психопатического реагирования внесли отечественные психиатры. Так, Ф. И. Герцог (1846) отмечал у психопатов «предрасположенность к порывам гнева, раздражительности»; И.М. Балинский (1885) – склонность к заострению психопатических особенностей; В.М. Бехтерев (1886) «уже ничтожный повод приводит их в сильное раздражение»... «нередко они выходят из себя и уже не в состоянии сдерживать своих порывов»; С.С. Корсаков (1901) – «даже небольшой стимул способен вызвать иступление»; В.Ф. Чиж (1911) – «житейские пустяки вызывают... душевные волнения... легко возникают аффекты»; В.П. Сербский (1912) – «аффекты возникают легко, по своей силе далеко не соответствуют вызвавшей их причине...раздражительность иногда достигает такой степени, что малейшее противоречие вызывает бурную вспышку гнева»; Н.П. Бруханский (1925) – «для всех чувствительно влияние возбудимых, неуравновешенных, все знают эти взрывы, бурю в стакане воды из-за ничтожных поводов, когда теряется всякое равновесие». О дисгармоничности психопатической личности, проявляющейся в неадекватности реакций на раздражения, вследствие чего нарушается поведение и затрудняется приспособляемость субъекта к окружающей среде, писали Я.П. Фрумкин (1928), П.Б. Ганнушкин (1933), В.А. Гиляровский (1931), М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1946). Авторы изучающие психопатии в последние десятилетия (Кербиков О.В., Фелинская Н.И., Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., Ушаков Г.К., Личко А.Е., Смулевич А.Б., Семке В.Я., Фрейеров О.Е., Шостакович Б.В., Печерникова Т.П., Шубина Н.К., Наку А.Г., Ревенко М.Г., Опря Н.А. и др.), отметили типичную для психопатических лиц несоразмерность реакций и вызвавшего их поводов. Этой точки зрения придерживаются почти все исследователи и в настоящее время.

Следует отметить, что длительное время дискутировался вопрос о возможности (или невозможности) использовать психопатов на военной службе. Первым, кто поставил вопрос о годности психопатических личностей к военной службе, был И. Кох (1894).

Уместно вспомнить, что первое исследование, посвященное врачебной экспертизе рекрутов в России, принадлежит И.В. Протасову (1801). В 1806 г. было опубликовано «Наставление с расписанием болезней», согласно которому впервые врачей стали привлекать к отбору новобранцев. В перечень болезней, по которым рекрут признавался негодным к военной службе, были внесены и душевные болезни. А в 1919 г. объявлено «Расписание болезней и телесных недостатков», в котором впервые устанавливался порядок увольнения красноармейцев.

В 1915 году С.А. Суханов отмечал, что ряд лиц считавшихся в мирное время неудобными для общественной среды, как и на военной службе, во время войны становились прекрасными воинами. Некоторые солдаты наоборот, бывшие в мирное время добрыми и послушными, оказывались во время войны несколько «инвалидными» в умственном отношении. Н.П. Бруханский (1928) считал, что психопаты проявляют на военной службе недисциплинированность, а В.А.Гиляровский (1931) – могут оскорблять командный состав и дезертировать. В силу своих особенностей психопатические лица не могут приспособиться к военной службе, дезорганизуют окружающих и дают нервные срывы. Возвращение таких лиц в армию представляется нецелесообразным. Значительно меньшее

число исследователей считало, что не следует спешить с ограничением годности, а тем более – с освобождением психопатов от военной службы. Если одни психопатические личности склонны декомпенсироваться в условиях армии, то значительное количество их при правильном использовании даже корректируют свое поведение, укрепляют эмоционально-волевую сферу (Бурно Е.А., 1945).

Активно изучением психопатий у военнослужащих занимались В.М. Бехтерев (1886), С.П. Рончевский (1934), В.П. Осипов (1936, 1941), Н.Н. Тимофеев (1957, 1962), Л.И. Спивак (1962). Все они склонялись к тому, что распознавание той или иной личности как психопатической должно устанавливаться с осторожностью и в зависимости от условий формирования данной личности. Изучать нужно всю жизнь больного, а не только его поведение. Необходимо дифференцировать психопата от псевдопсихопата (который может исправляться под влиянием воспитательных мер), психопатию – от психопатоподобных состояний. Наличие отдельных психопатических черт не дает оснований признать носителей их психопатическими личностями, равно как и отдельные нарушения дисциплины и проступки, не связанные с патологией личности. Общее мнение авторов сводилось к незачислению на военную службу лиц, страдающих психопатией даже в состоянии относительной компенсации (Тимофеев Н.Н., 1957), ибо они не являются здоровыми людьми, хотя психопатические проявления в этот период незначительны (Спивак Л.И., 1962). Последующие исследователи отмечали различные особенности психопатических проявлений на военной службе. В.П. Поляков (1958), А.В. Квасенко (1962), Л.И. Спивак (1962) типичными признаками считали эмоциональную неуравновешенность, склонность к аффективным срывам, агрессивность. В.П. Поляков (1958) акцентировал внимание на том, что психопаты больными себя не считают, к врачам сами не обращаются, а при стационарном обследовании ведут себя иначе, чем в части и могут ничем себя не проявлять. В этих случаях важную роль играют характеризующие документы. З.П. Пашенков (1960) отмечал расхождение диагнозов направления и стационарного обследования: в 25,6% диагнозы не совпадали. М.Д. Шпацерман (1960) придавал важное значение изучению функционального состояния ЦНС у аффективных психопатов. С.Л. Цейтлин еще в 1943 году подчеркивал, что для экспертизы психопатий важно определить: тип психопатии, степень выраженности психической аномалии, характер патологических реакций. К.Ф. Канарейкин, М.И. Яшиш (1960) констатировали трудности клинических и экспертных оценок крайних психопатий. Большинство военных психиатров считали, что психопаты с выраженными клиническими проявлениями должны признаваться негодными в военное время, а с неустойчивой компенсацией – в мирное время. Категорично высказался о необходимости удаления психопатов из армии С.П. Рончевский (1934). Он считал, что ставка на «дисциплину» и «храбрость», питаемую патологической основой, вряд ли может считаться правильной. Использовать психопатов в армии военного времени нецелесообразно. Стремление удалить с военной службы лиц с неустойчивой психикой (психопатических) обусловлено наличием в армии оружия, техники, особой системы межличностных отношений, ограниченными условиями для адаптации.

Изучением психопатий занимались военные психиатры. Работы В.П.Осипова, С.П.Рончевского, Н.Н.Тимофеева, Л.И.Спивака по психопатиям явились основой приказов и инструкций по военно-врачебной и военной судебно-психиатрической экспертизе психопатий. Вопросам диагностики и военно-врачебной экспертизы посвятили свои работы В.И.Поляков (1958), К.Ф.Канарейкин, С.З.Пашенков (1960,1962), М.Д.Шпацерман (1960), Л.И.Спивак (1962,1980), В.Л.Цейтлин (1971), В.М.Воробьев (1979) и другие.

Ещё В.М.Бехтерев (1886), изучая судебно-психиатрический аспект психопатий (вменяемость), обратил внимание на различную степень их тяжести. Так, автор разделил психопатии на три группы: а) тяжелые формы психопатий с явно патологическими чертами; б) психопаты с менее резко выраженными расстройствами, находящиеся на рубеже здоровья и болезни; в) психопатии с еще менее выраженными расстройствами. По сути это был прообраз дименсионального (измерительного) подхода к оценке психопатий. В.М.Бехтерев отметил, что на ряду с конституциональным (наследственным) фактором в генезе психопатий принимают участие различные факторы внешней среды.

В.П.Осипов (1923) отмечал, что сама по себе военная служба не является фактором, вызывающим душевное заболевание, однако, по отношению к лицу, проходящему военно-врачебную экспертизу, он писал: «Если выясняется действительно, что специфичность условий военной службы, к которой не была в состоянии приспособиться неполноценная личность, вызвала с ее стороны реакцию, то она подлежит только демобилизации».

В.П.Осипов (1931) подчеркивал, что военная служба со своим строгим рациональным режимом закаливает организм. Легко приспособливается к требованиям военной службы здоровый человек, но не справляется с ними психопатическая личность, для которой воинская дисциплина представляется неприемлемой. Часть психопатических личностей, попавших в армию, обнаруживают свои болезненные черты в условиях прохождения военной службы, но их патологическое поведение на военной службе далеко не во всех случаях вызвано условиями военной службы как таковой. Автор акцентировал внимание на том, что установить правильное распознавание в рассматриваемых нами, так называемых, пограничных состояниях, нередко бывает очень затруднительным; а именно с такого рода обследуемых приходится иметь дело врачу в призывной комиссии. Изучая лицо, относительно которого необходимо дать заключение. Мы, прежде всего, должны решить, действительно ли мы имеем дело с душевнобольным или с психопатом, или перед нами человек душевноздоровый. Понятия здоровья или нормы, равно как и понятие душевной болезни и психопатического состояния, представляются понятиями относительными; между ними не всегда определяются границы и в то же время между ними существуют промежуточные и переходные, что становится особенно ясным при анализе весьма мягко протекающих болезненных форм и, особенно, слабо выраженных психопатических состояний.

В.П.Осипов считал, что нельзя переоценивать значение «поведенческого критерия» и легко относить к психопатам лиц, проявляющих несоответствие поведения этическим нормам, установленным в обществе, не существует прямой и специфической связи между характером преступления и особенностями личности правонарушителя. Известное сходство в поведении психопатов и плохо воспитанных, недостаточно дисциплинированных, грубых, эгоистичных людей дало основание В.П. Осипову говорить о «псевдопсихопатии» как форме социальной и педагогической запущенности. Так как псевдопсихопатическими личность в своей основе представляется личностью здоровой, то она под влиянием соответствующих воспитательных мероприятий нередко хорошо адаптируется.

В. П.Осипов (1934) утверждал, что «Каждый войсковой врач, независимо от своей специальности, должен быть знаком с распознаванием психических расстройств, хотя бы в пределах установления наличия такового, равно как с приемами оказания мероприятий помощи таким больным». Серьезно и вдумчиво следует анализировать личность обследуемого, когда дело идет о распознавании психопатии (Осипов В.П., 1941). В подобных случаях необходимо: тщательно ознакомиться с анамнезом данного лица, выясняя возможность возникновения и развития у него таких черт характера, которые внешним образом совпадают с психопатическими. Целью обследования является выяснение вопросов о том, имеем ли мы дело с психопатом или перед нами псевдопсихопат, иными словами, здоровый человек, приобретший сходные с психопатическими черты характера и особенности поведения.

А.А. Портнов (1957) акцентировал внимание на малоизученности психопатий и на том, что диагноз психопатии часто не подтверждался. Автор отмечал, что учение о психопатиях еще далеко не завершено. Несмотря на множество научных материалов, посвященных различным аспектам психопатий, до сих пор нет ни ясного понимания причин и патогенетических механизмов психопатий, не предложена и убедительная систематика этих состояний. Все многочисленные классификации психопатий страдают общими недостатками – они являются описательными. Поэтому безгранично расширяются границы психопатий, далеко выходя за рамки клинической патологии, и являлись скорее попытками создать характерологию отличающихся от среднего уровня личностей. Он же сформулировал определение психопатий следующим образом: психопатии – это различного рода состояния неполноценности личности, выражающиеся, главным образом, в неправильном формировании характера и в патологической реактивности в смысле повышенной чувствительности к психогенным воздействиям.

Особенности психопатий у военнослужащих подробно изучены и описаны Л.И.Спиваком (1962,1981,1985). В учении о психопатии с самого начала существовали два основных направления: утверждающее нозологическую самостоятельность психопатий и отрицающее её. В каждом из упомянутых направлений, выделялись периоды, связанные с общим развитием психиатрии и медицины.

Первый период, относящийся к переходу от симптоматологической к нозологической психиатрии, был периодом выделения и клинического описания психопатий, когда началось разделение психопатии на различные формы и их отграничение от психопатоподобных состояний и психических болезней.

Второй период, выделение многих разновидностей и форм психопатий, отмечался при становлении и упрочении нозологической психиатрии.

Третий период – современный. Для отечественной науки он являлся этапом клинической и этиологической, а также клинико-экспериментальной разработки психопатий.

В целях диагностики проявления психопатий они были разделены им по ряду признаков: анамнестических, психических, неврологических, соматических, лабораторных.

На современном этапе развития учения о расстройствах личности все исследователи подчеркивали сложность и малоизученность проблемы личностных расстройств (особенно этиопатогенеза, диагностики и экспертизы). Очевидно, иначе быть и не могло, т.к. за короткий промежуток времени многие и не менее сложные проблемы психиатрии (и медицины вообще) не были решены окончательно. Тем более добиться этого в проблеме личности и ее аномалий, при меняющихся политических и социально-экономических условиях, было весьма трудно. Сама по себе личность чрезвычайно многогранна, а ее взаимодействие с окружающей средой на макро- и микроуровнях содержит многообразие вариантов и степеней свободы. Хотя многие авторы в этот период занимались изучением психопатий, однако к их достижениям следует отнести лишь разработку вопроса о динамических сдвигах в течение психопатий и концепцию О.В. Кербикина о нажитой, приобретенной в процессе жизни психопатии. С другой стороны, нужно признать, что несмотря на недостаточную разработку учения о психопатиях, большинство практических вопросов в отношении психопатических лиц решались удовлетворительно. Возникшие ножницы между теоретической неразработанностью и удовлетворительным решением практических вопросов существуют и по сей день.

В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин (1980) – отмечали, что критерии Ганнушкина-Кербикина для подросткового возраста оказываются иногда лишь относительно значимыми.

Первое, выраженность патологических свойств до степени, нарушающей адаптацию, часто встречаются еще до формирования психопатии.

Второе, тотальность психопатических проявлений нередко наблюдается в периоды психогенного, соматогенного или спонтанного утяжеления психопатической симптоматики еще до окончательного формирования психопатий. Основной закономерностью динамики психопатий у лиц молодого возраста является обратимость симптоматики и легкость переходов от состояния компенсации к декомпенсации и наоборот. Даже выраженные психопатические расстройства, которые мы наблюдали в условиях армии, несмотря на их тяжесть, могли быть транзиторными (проходящими).

Создавшаяся ситуация нашла свое подтверждение в разработке концепции «транзиторного расстройства личности» (Нечипоренко В.В. 1989, 1991) и «комбатантной акцентуации» (Лыткин В.М., 2001, 2003), которые допускают возможность динамического (этапного) подхода к установленному диагнозу личностного расстройства при стойкой компенсации характерологических проявлений в изменившихся условиях существования.

Понятие транзиторное расстройство личности (ТРЛ) введено В.В.Нечипоренко (1989) в военной психиатрии, а дополнена С.А.Королёвым (2004, 2008).

Транзиторное расстройство личности (ТРЛ) – кратковременная, преходящая дисгармония личности, носящая парциальный характер, вызывающая дезадаптацию в экстремальных условиях и не приводящая к формированию стойкой патологии личности. При этом отсутствует критерий стабильности эмоционально-волевых проявлений, которые обусловлены, как правило, незавершенностью окончательного формирования личности к моменту призыва и специфическими условиями и требованиями военной службы. ТРЛ развиваются чаще у лиц с акцентуациями характера. Клинические варианты ТРЛ соответствуют основным типам аномалий личности.

В формировании ТРЛ выделено 2 этапа: 1) развития общих дезадаптационных расстройств, которые предшествуют личностной реакции и характеризуются отдельными, abortивными астено-невротическими проявлениями; 2) присоединения личностного реагирования и формирование РЛ, поскольку дезадаптация ослабляет контроль за эмоциями и поведением.

По выраженности клинических проявлений ТРЛ выделены: незначительно выраженные – проявляющиеся, в основном эмоционально-волевыми нарушениями; умеренно выраженные, для которых помимо эмоционально-волевых, характерны нарушения поведения; резко выраженные – проявляющиеся эмоционально-волевыми и поведенческими расстройствами с суицидальными попытками.

Установлены следующие диагностические критерии ТРЛ: парциальность и отсутствие стабильности дисгармонии личности, выявляемость преимущественно в молодом возрасте, в строго регламентированных условиях военной службы эмоциональными и поведенческими нарушениями, с обратимостью динамики. Эмоционально неустойчивые ТРЛ: 1) бурное реагирование на замечания сослуживцев и командования; 2) непереносимость воинской дисциплины, подчинения; 3) демонстративно-шантажные суицидальные попытки для снятия эмоционального напряжения; 4) склонность к совершению воинских правонарушений; 5) самовольное оставление части по типу реакции ухода с направленностью на приобретение независимости.

Диссоциальное ТРЛ: 1) подверженность постороннему влиянию, подражание недисциплинированным военнослужащим; 2) безразличное отношение к военной службе; 3) невыполнение служебных обязанностей, частые нарушения воинской дисциплины; 4) самовольное оставление части по типу реакции ухода с направленностью на удовлетворение примитивных желаний и развлечений (гедонистические); 5) легковесность суждений и умозаключений, повышенная внушаемость, снижение критических функций.

Истерическое ТРЛ: 1) зависимость отношения к службе от похвал и поощрения командования; 2) стремление преподнести себя в лучшем свете перед сослуживцами и командованием; 3) демонстрация перед сослуживцами превосходства умственных, физических, сексуальных способностей, «высоких» связей; 4) склонность к демонстративным самоповреждениям с оставлением «предсмертных» записок; 5) активное участие в общественной жизни воинского коллектива, желание быть в центре событий, находиться возле командования.

Тревожное ТРЛ: 1) сверхчувствительность к критике со стороны сослуживцев и командования; 2) уклонение от выполнения служебных обязанностей, общественной жизни воинского коллектива; 3) нерешительность и мнительность при принятии каких-либо решений и задач, растерянность при малейших препятствиях; 4) склонность к пониженному настроению с суицидальными тенденциями; 5) самовольное оставление части по типу реакции ухода от ситуации (импунитивно-самозащитные).

Ананкастное ТРЛ: 1) обособленность от воинского коллектива, стремление к уединению, замкнутость; 2) скрупулезность и педантичность при выполнении служебных обязанностей; 3) постоянная необходимость скрывать свои чувства и переживания от сослуживцев и командования; 4) многочисленные жалобы ипохондрического характера; 5) пессимистическая оценка будущего, ностальгия.

«Псевдошизоидное» ТРЛ: 1) замкнутость, склонность к уединению, отгороженность от воинского коллектива; 2) вызывание насмешек сослуживцев нелепостью и неожиданностью своих поступков; 3) самовольное оставление части по типу реакции ухода с невыясненной мотивацией (эмотивно-аморфные); 4) периодическое беспричинное снижение активности, бездеятельность, вялость, пассивность; 5) выработка необычных путей самосовершенствования, особого режима питания, физической закалки.

Диагноз ТРЛ должен носить динамический, этапный характер и в последующем при наступлении стойкой социальной адаптации (отсутствие эмоционально-волевых и поведенческих нарушений) может подлежать пересмотру.

В настоящее время все военнослужащие, обнаруживающие личностные расстройства независимо от степени выраженности, признаются негодными к военной службе в мирное время. В перечень личностных расстройств, согласно приказа МО РФ № 315 от 1995 года включены: психопатии, транзиторные расстройства личности, патохарактерологические реакции. Такое расширение привело к увеличению количества лиц, непризываемых и увольняемых из армии. Но значительно сократило число лиц, подвергаемых риску личностной декомпенсации что, в свою очередь, оздоровило морально-психологический климат в воинских подразделениях, уменьшило частоту правонарушений и суицидальных действий, и, в целом, положительно сказалось на боеготовность войск.

Основными положениями, подтверждающими, по нашему мнению, правомерность выделения особого типа акцентуации личности – «комбатантной» – являются следующие:

1. Комбатантные акцентуации формируются путем напластования на преморбидные признаки акцентуаций довоенного периода новых черт характера в результате специфического воздействия боевого стресса и внутриличностного конфликта между социально-нравственной позицией, возникшей в условиях боевых действий, и неприятием ее обществом в мирное время.

2. Спектр проявлений комбатантных акцентуаций значительно меньше, чем признаков акцентуаций довоенного периода и ограничивается только тремя типами: тревожно-астеническим, эксплозивно-агрессивным и истеро-неустойчивым. При этом характеро-логическая структура личности меняется, а тип реагирования остается прежним (стеническим, астеническим, дисстеническим).

3. Приобретенные в боевых условиях новые характерологические черты личности, как правило, затрудняют реадaptацию комбатантов к мирной жизни, однако, в зависимости от условий (боевых, небоевых), комбатантная акцентуация может быть конструктивной и способствовать адаптации, а может быть деструктивной и вызывать дизадаптацию. Как адаптация, так и дизадаптация могут носить фрагментарный, избирательный характер.

4. Боевая трансформация личностных изменений происходит значительно быстрее по времени, чем формирование акцентуаций в мирное время, и вызывает парциальную дисгармонию личности комбатанта, проявляющуюся, преимущественно, поведенческими девиациями.

5. Комбатантная акцентуация является динамически-ситуативным субклиническим вариантом посттравматического стрессового расстройства, на фоне которого при неблагоприятных условиях может происходить дальнейшая психопатизация личности и развитие психогенных расстройств, а так же формирование коморбидной алкогольно-наркоманической патологии.

6. Прогнозирование вероятности развития психических расстройств при комбатантной акцентуации должно основываться на совокупности таких факторов: как тяжесть и длительность травматического воздействия, боевая трансформация личности, на времени, прошедшего после участия в боевых действиях и дополнительных психотравмирующих ситуаций мирного времени. Психотравмирующие воздействия могут возникнуть только от реперезиваний боевой обстановки.

7. Коррекция и медико-психологическая реабилитация лиц с комбатантной акцентуацией должна проводиться дифференцированно с учетом ее типа. Особенно она показана в первые месяцы после возвращения комбатантов к мирной жизни, когда у них наиболее высок риск агрессивного, насильственного и суицидального поведения.

Выделение «комбатантной акцентуации» имеет своей целью четкую практическую направленность в плане сохранения и укрепления психического здоровья военнослужащих, с честью выполнивших свой военный и гражданский долг.

Озабоченность все большего числа психиатров угрозой утраты клинических традиций явилась привлекая широкое внимание статья N.Andersen «DSM и смерть феноменологии в Америке». Автор, один из лидеров американской психиатрии, подвергает жесткой критической оценке развитие психиатрии в США в течение последних десятилетий, констатируя ведущую в тупик чрезмерную формализацию диагностических подходов. N.Andersen предлагает, обратиться к опыту Европы и возродить психопатологию, используя новейшие достижения нейробиологии. В «Дневнике психиатра №2 за 2013 год» приведены данные работы экспертных групп по подготовке новой редакции DSM-Y и МКБ-11. Эта работа проводилась в связи с общей неудовлетворенностью ученых и практических врачей прошлыми и существующими классификациями расстройств личности. К их недостаткам относят низкую надежность диагнозов, их нестабильность во времени, общую низкую диагностику личностной патологии и невысокую клиническую пользу. Эксперты рабочей группы DSM-Y по личностным расстройствам отказались от диагностических подходов, принятых ранее, и стали искать новые пути классификации личностной патологии. В качестве альтернативе существующей категориальной классификации расстройств личности обсуждались следующие подходы: дименсиональный, гибридный (дименсионально-категориальный) и модели, оценивающие степень тяжести расстройств. В итоге эксперты выбрали гибридную модель. Сохранить или удалить тот или иной личностный тип эксперты основывались на данных литературных обзоров и исследований, которые доказали клиническую пользу и валидность (в случаях низкой пользы и недостаточной валидности диагностические рубрики исключались из DSM-Y). В целом большинство исследователей рекомендовали сохранить все или почти все типы личностных расстройств, представленных в DSM-IY TR, однако эксперты рабочей группы решили оставить только половину расстройств личности, представленных в предыдущей номенклатуре. В DSM-Y решено было оставить: шизотипическое, пограничное, антисоциальное, нарциссическое, избегающее и обсессивно-компульсивное расстройства личности. Нарциссическое расстройство личности вначале было оставлено, а затем исключено при окончательной редакции, как не являющееся самостоятельной диагностической рубрикой, так как содержало черты нескольких расстройств личности. Из окончательной версии будущей классификации предполагалось исключить: параноидное, шизоидное, гистрионное, зависимое расстройства личности. В целом оставленные в DSM-Y рубрики личностной патологии демонстрируют более четкие границы расстройств или устойчивые компелляции черт личности, отличающих их от многих других психических расстройств. Имелись и возражения по поводу исключения ряда личностных расстройств («проблемные зоны»), а именно: 1) информация о параметрах литературного обзора представлена в недостаточном объеме; 2) представленные эмпирические дан-

ные в поддержку предложенных изменений часто носили противоречивый характер; 3) делается заметный акцент на одних личностных типах в ущерб другим. Немало исследователей считает, что нужно сохранить все типы личностной патологии из предыдущих классификаций. Реакций на удаление из классификации параноидного, шизоидного и пассивно-агрессивного расстройств личности в литературе последних лет не обнаружено, не было и обсуждения предлагаемых изменений. Принципы классификации личностной патологии экспертами рабочей группы Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) значительно отличаются от подхода их коллег из Американской психиатрической ассоциации. Предлагается исключить все специфические расстройства личности, включая шесть типов, которые оставили в DSM-У. По мнению председателя рабочей группы по личностной патологии МКБ-11 профессора Р. Тугг (Великобритания), в настоящее время отсутствуют убедительные эмпирические данные в пользу сохранения отдельных личностных типов. Если рабочая группа DSM-У остановилась на комплексном категориально-дименсиональном подходе к диагностике и оставила шесть отдельных типов, то их коллеги из ВОЗ используют чисто дименсиональный подход. Данный подход базируется на двух компонентах: измерение глубины тяжести расстройств и идентификации отдельных личностных областей (доменов). Было предложено пять степеней тяжести расстройств:

- 1) нет личностных нарушений;
- 2) личностные проблемы трудно квалифицировать как расстройство;
- 3) личностное расстройство;
- 4) умеренно-тяжелая степень выраженности расстройства;
- 5) тяжелое личностное расстройство.

Личностные домены – отдельные личностные области определяющие природу этих нарушений. В настоящее время тестируются четыре или пять доменов:

- социальный/шизоидный;
- диссоциальный/экстернализация;
- тревожно-зависимый/интернализация;
- обсессивный /ананкастный;
- эмоциональный дистресс/нестабильность.

Предложения экспертов МКБ-11 имеют большую клиническую пользу, отражают дименсиональную (многомерную) природу личностной патологии, устраняют во многом искусственную проблему коморбидности и делают личностные расстройства менее стигматизированными состояниями. Очевидно, что споры по подходам к диагностике, количеству типов личностных расстройств в классификации будут продолжаться и в будущем. Возможно примирение взглядов исследователей будет достигнуто с помощью консенсуса. Следует полагать, что с накоплением психиатрических знаний, улучшением диагностики и более точной дифференциации личностной патологии, основные проблемы расстройств личности в ближайшем будущем будут разрешены.

Ещё в 1886 году В.М.Бехтерев писал: «Лица, страдающие психопатией, не могут считаться душевнобольными в собственном смысле этого слова, но они являются теми странными, загадочными существами, которые чувствуют, мыслят и поступают иначе, нежели здоровые лица».

Следует напомнить, что «изучать практическое человековедение, можно только путём опыта и именно того, который собирается под руководством психиатрии, . . . только у психиатра есть материал, на котором можно учиться настоящему пониманию человека» (H.W. Gruhle, 1933).

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ НЕИСКРЕННОСТИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Никольская С.А., Лобачев А.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Как известно, в клинической психиатрии и психопатологии основным подходом к изучению психических расстройств является клинико-психопатологический метод исследования, который начинается с целенаправленной беседы с пациентами, их расспроса по определенным правилам. И на этом этапе врач-психиатр зачастую сталкивается с неискренностью ответов обследуемого, что безусловно может оказать негативный эффект на результатах диагностики и контроле лечения. Особую значимость эта проблема приобретает в области судебной психиатрии, однако и при вынесении экспертных заключений о состоянии здоровья военнослужащих возникает необходимость исключить, как диссимуляцию, так и аггравацию симптомов психических расстройств.

С целью выявления перспективных методов определения недостоверности сообщаемой обследуемыми информации, нами было изучено более 30 научных источников. Прежде, чем рассмотреть методы выявления недостоверности информации (НИ), нам хотелось бы подчеркнуть, что использование тех или иных методик должно не должно нарушать этических принципов и прав пациентов.

В настоящее время психиатр может воспользоваться набором специальных инструментов и тактик для выявления НИ, к ним относят: психофизиологические методы (фМРТ, определение ВП, компьютерный видеоокулограф, полиграф и т.п.), а также практическое применение знаний о невербальном поведении.

Не смотря на активное развитие диагностического инструментария изучение невербального поведения обследуемых не потеряло актуальности. Еще в 1969 году П. Экман рассмотрел эту тему в своей первой статье, посвященной проблеме обмана [10]. В ходе обследования пациентов с психическими расстройствами он установил, что скрываемые чувства могут проявляться в «микровыражениях» и «микроржестках». П. Экман видел необходимость в раскрытии обмана в случае, когда пациенты, попавшие в стационар из-за попытки самоубийства, начинают утверждать, что им стало лучше, и при выходе из больницы могут совершить очередную суицидальную попытку. По мнению П. Экмана, наиболее важными с точки зрения выявления недостоверности высказывания являются *жестовые знаки*. Из них он выделял: *эмблемы* (например, движение головой сверху вниз – «да» и из стороны в сторону – «нет» и т.п.), *иллюстрации* (особое ударение на слове или фразе, движение рукой в воздухе, «прослеживающее» ход мысли и т.п.) и *манипуляции* (движения, которыми отряхивают, массируют, потирают, щиплют, ковыряют, чешут другую часть тела). Не меньшую информативность несет и изучение *миимики*. Выделяют три основных признака, которые изучают для определения НИ: микровыражения, смазанные выражения и, так называемые, верные признаки эмоций. Некоторые авторы предполагают, что *асимметрия лица* в беседе может быть признаком сообщаемой НИ. Немаловажным считается *длительность мимического выражения* во времени: выражения, длящиеся более десяти секунд, несомненно, а около пяти секунд – с большой долей вероятности, являются фальшивыми. *Несвоевременность* выражения лица по отношению к речи, интонациям и телодвижениям, также может являться признаком неискренности эмоций. При этом, практически все исследователи сходятся в одном: ни один из приведенных выше признаков лжи не может иметь самостоятельного значения, необходимо оценивать все признаки в совокупности. Хлыстова В.Г. [6], развивая идеи П. Экмана, утверждает, что одним из главных критериев распознавания лжи является *изменение поведенческих реакций собеседника* и предлагала следующую классификацию невербальных признаков: знаки (сигналы, значение которых совершенно ясно), произвольные навыки (не замечаемые самим человеком привычки), учащенное дыхание и трудноуловимые, быстроисчезающие изменения в выражении лица.

Джеймс Л. Джекобсон и соавт. [12] раскрывают тему неискренности пациентов в разделе о лечении лиц с антисоциальным расстройством личности. Авторы называют *противоречия и неопределенность* ключевыми признаками НИ. По их наблюдениям невербальные признаки обмана включают невнятную речь, короткие ответы, колебания, чрезмерное моргание, расширенные зрачки и чрезмерное касание одежды. Кроме того, есть указания, что чаще лгут люди не только с антисоциальными расстройствами личности, но и лица с малой устойчивостью к стрессу, повышенной тревожностью, невротическими расстройствами [3].

Большинство исследователей предполагают, что любые эмоции вызывают изменения вегетативной нервной системы (ВНС): учащенное дыхание, усиленное потоотделение, глотательные движения и т.п. Другие авторы считают, что изменения специфичны для каждой эмоции (при гнев и страхе повышается ЧСС, но температура кожи при гнев повышается, а при страхе – снижается). Однако такие выводы не нашли подтверждения в других исследованиях.

В.П. Самохвалов [5] уделял особое внимание патофизиологической интерпретации особенностей поведения, симптомам и синдромам невербального поведения психически больных. Усиление, имитацию или сокрытие переживаний, с которыми приходится иметь дело психиатру, он призывает считать не злонамеренными, так как чаще всего они являются симптомами расстройства (при индуцированном бреде, диссоциативных расстройствах, императивных слуховых галлюцинациях). Можно распознать НИ при несоответствии (диссоциации) между смыслом речи и поведением больного, между объективно установленным и высказанным, между жестом и мимикой.

При этом в одном возрасте симптомы могут маскироваться, в другом и в соответствующей социальной группе (например, у военнослужащих, государственных служащих) усиливаться.

Психофизиологические методы определения признаков неискренности чрезвычайно разнообразны, они отличаются по механизмам действия, степени надежности, изученности и перспективности развития. Так, Н.М. Романова и А.П. Рытик [4] проводили исследования с использованием *компьютерного видеоокулографа*. Авторы установили, что во время произнесения НИ наблюдается достоверное увеличение количества морганий, амплитуды движений глаз по вертикали и горизонтали. Кроме того, существует незначительная тенденция к расширению диаметра зрачка, что может быть связано с переживанием стресса.

Значительный интерес представляют исследования головного мозга у больных шизофренией с помощью *функциональной МРТ* [14]. Показано, что при ложных высказываниях нейрональная активность вентролатерального участка префронтальной коры у пациентов с шизофренией повышается, как и в контрольной группе здоровых обследуемых. Подобные различия наблюдались и у больных шизофренией, которые на момент исследования испытывали расстройства восприятия. При исследовании лиц с антисоциальным расстройством личности [13] было установлено, что нейрональная активность возникает не только в вентролатеральном участке префронтальной коры, но и в дорсолатеральной префронтальной коре, средней лобной извилине, нижней теменной доле и передней поясной извилине. Также установлено, что чем выше способность индивидуума к обману, тем слабее активация вышеперечисленных зон коры головного мозга. Однако у этого метода есть существенный недостаток: все снимки фМРТ регистрируют конечные изменения после произнесенной ложной информации, а не в процессе [9].

В истории детекции НИ встречаются многочисленные попытки создания «анализаторов стресса в голове» и их исследования. Были даже выпущены анализаторы психологического стресса PSE. Однако позже были представлены данные о низкой надежности данных анализаторов. Исследование эффективности анализатора PSE показало точность диагностики не более 38% [11].

В работах, посвященных проблемам диагностики и лечения парафилий, есть указания на применение плетизмографии полового члена [7] и метода компьютерной оценки времени фиксации взгляда на слайдах [8]. Однако использование плетизмографии не бесспорно: одни исследователи считают эту технику неправомерной, другие – неэтичной. Существуют также проблемы относительно недостаточной стандартизации этой методологии. Аналогичное исследование парафилий было осуществлено в России с помощью полиграфа [2]. Проведенная работа акцентирует внимание на различной валидности тестов визуальной и вербальной стимуляции. Приведенные в исследовании данные позволяют сделать заключение, что рассматриваемый метод параклинической диагностики парафилий, обладая высокой валидностью, является эффективным инструментом вспомогательной диагностики сексуальных расстройств, но лишь в совокупности с другими методами обследования (объективными, клиническими, экспериментально-психологическими).

К психофизиологическим методам определения неискренности также относят *термографию*. Главной целью использования тепловизоров является обнаружение кратковременных изменений кровотока, обусловленных активностью симпатической нервной системы. Очевидным преимуществом использования тепловизоров является возможность их дистантного использования [15]. Однако серьезным недостатком данного подхода является необходимость специальных преобразований термоизображений для получения сведений о происходящих изменениях температуры. Результаты исследований показали, что в качестве независимого метода термография обладает меньшей точностью, чем полиграф, тогда как их совместное использование повышало эффективность диагностики НИ.

Еще один метод – *измерение диаметра зрачка*. Некоторые исследователи указывают, что в процессе лжи наблюдаются изменения размера зрачка. К сожалению, помимо лжи, на размер зрачка влияют и другие факторы. Например, неопределенность, которую имеет испытуемый в отношении исхода эксперимента и действие факторов, снижающих надежность метода, такие как колебания освещенности в помещении, движения головы, векодвигательная реакция и флуктуации психофизиологического состояния испытуемого, оказывающих влияние на выраженность зрачковой реакции эксперимента, могут приводить к более выраженному расширению зрачка.

Определение вызванных потенциалов мозга считается перспективным методом по обнаружению специфических электрических волн головного мозга, связанных с актом лжи. Он базируется на использовании изменения биоэлектрической активности головного мозга в ответ на действие различных стимулов, иначе называемое вызванными потенциалами (ВП). Считается, что процесс лжи сопряжен с изменением в активности механизмов внимания, которое заключается, прежде всего, в его переключении на факторы возможной угрозы. Однако одним из принципиальных препятствий широкого использования данного метода является то, что для измерения информативных компонентов ВП необходимо точно знать момент предъявления стимула, тогда как в реальных условиях, особенно при использовании стимулов в форме вопросов, это сделать практически невозможно. В то же время в использовании метода ВП в качестве альтернативы классическому полиграфу есть одно важное достоинство: наиболее информативные компоненты ВП регистрируются на интервале 300–600 мсек после предъявления стимула, то есть до того, как этот стимул будет осознан испытуемым. Это означает, что данный метод позволит преодолеть приемы противодействия исследованию испытуемым.

Самым хорошо изученным психофизиологическим методом определения НИ считают *исследование на полиграфе*, так как его применение широко распространено и востребовано в различных областях. Полиграф регистрирует изменения физиологических параметров человека, которые практически не поддаются контролю со

стороны сознания и, следовательно, являются объективным и показателями функционирования организма и его систем. Важно отметить, что успех в большей мере зависит от опыта оператора, поскольку объективных показателей НИ не существует. В рамках вопроса о мерах противодействия при полиграфическом обследовании некоторыми исследователями освещается проблема приема фармакологических препаратов испытуемыми, что особенно актуально для психиатрической практики. По данным Л.Г. Алексеева исходный уровень эмоционального тонуса меняется вместе с реакциями при ответах на вопросы [1]. В таком случае, трактовка результатов будет зависеть только от качества аппаратуры и квалификации оператора, а не от влияния психотропных препаратов.

Таким образом, можно сделать вывод, что традиционное исследование на полиграфе остается самым надежным и разработанным методом определения НИ, при условии должной подготовки оператора. Вторым по достоверности методом можно считать определение признаков невербального поведения в процессе наблюдения за исследуемыми. Эту область знаний следует признать обоснованной и перспективной, но недостаточно разработанной, так как абсолютное большинство авторов, используют работы Экмана, в частности «Психология лжи», не опровергая его суждения и не привнося новых наблюдений. Необходимо отметить, что популяризация этой темы в обществе и культуре повлекла за собой издание множества книг и руководств, не опирающихся на какие-либо научные исследования и факты, и тем самым не заслуживающих внимания.

Невербальные признаки лжи можно оценивать как самостоятельно (но обязательно все признаки в совокупности), так и в сочетании с инструментальными методиками, что приводит к взаимному повышению валидности результатов.

Вопрос определения лжи только по голосу можно считать закрытым, так как все анализаторы стресса по голосу признаны не эффективными и не допустимыми для практического использования из-за своей низкой точности и надежности.

Установлено, что термография и определение размера зрачка обладают меньшей диагностической точностью, чем полиграф, и зависят от многих факторов, которые трудно контролировать при проведении экспериментов.

Методы определения НИ на основе регистрации нейрональной активности (фМРТ и измерение ВП) представляют собой наиболее многообещающую сферу для научных изысканий, однако в практическом использовании эти методы слишком дорогостоящие и громоздкие.

Перспективным направлением следует считать разработку универсальных аппаратно-программных комплексов, преимущественно бесконтактных, которые будут учитывать этические и психологические особенности работы с больными психиатрического профиля. Также остается открытым и недостаточно изученным вопрос о влиянии психотропных препаратов на достоверность информации при использовании любой из вышеперечисленных методик.

Литература

1. Алексеев Л.Г. Психофизиология детекции лжи. Методология. – Москва, 2011. – С. 79.
2. Каменсков М.Ю. Валидность психофизиологической диагностики парафилий. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – №3. – С. 32–37.
3. Мягих С.Г., Петров А.М. Некоторые аспекты из области психологии лжи. // [Электронный ресурс] www.poligraf.sp.ru – 2001.
4. Романова Н.М., Рытик А.П. Особенности глазодвигательных реакций человека при произнесении истинной и ложной информации. // Известия Саратовского университета. – вып.1. – 2008. – С. 3–10.
5. Самохвалов В.П. Психиатрия (Учебное пособие для студентов медицинских вузов). // Феникс, 2002. – 575 с.
6. Хлыстова В.Г. Невербальные признаки лгущего человека. // Журн. Юрислингвистика. – [Электронный ресурс] <http://siberia-expert.com>. – 2012.
7. Abel G., Jordan A. Use of visual reaction time to assess male adolescents who molest children. // *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. – Vol. 16. – 2004. – P. 255–265.
8. Barker J., Howell R. The Plethysmograph: A review of recent literature. // *Bull Am Acad Psychiatry Law*. – 1992. – 20(1). P. 13–25.
9. Canli, T., Zhao, Z., Kang, E. *An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli*. // *Behavioral Neuroscience*. – №115. – 2001. – P. 33–42.
10. Ekman P. *Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*. // W. W. Norton & Company. – 1985. – P. 96–105, 117–130, 187–189.
11. Horvath, F. An experimental comparison of the psychological stress evaluator and the galvanic skin response in detection of deception. // *Journal of Applied Psychology*. – 63(3). – 1978. – P. 338–344.
12. Jacobson D., Jacobson A. *Psychiatric Secrets*. – Philadelphia, 2005. – P. 241.
13. Jiang, W., H. Liu, J. Liao, X. Ma, P. Rong. A function MRI study of deception among offenders with antisocial personality disorders. – *Neuroscience*. – №244. – 2013. – P. 90–98.
14. Kaylor-Hughes C., Lankappa S. The functional anatomical distinction between truth telling and deception is preserved among people with schizophrenia. // *Criminal Behaviour and Mental Health*. – 21 (1). – 2011. – P. 8–20.
15. Vendemia J. Detection of deception. // *Polygraph*. – 32 (2). – 2003. – P. 97–106.

ПСИХОГИМНАСТИКА КАК МЕТОД ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Одинова И.А.

СПб КГУЗ ПБ 6 (стационар с диспансером), Санкт-Петербург

Актуальность работы. Во всем мире уделяется большое внимание поиску новых путей лечения, психотерапии и реабилитации психически больных, в связи с ростом психической заболеваемости в мире, (по данным ВОЗ они занимают второе место после сердечно-сосудистых), приводящей в большинстве случаев к инвалидности пациентов. Несмотря на развитие фармакотерапии, необходим комплексный подход к лечению психически больных, использование наряду с лекарственной терапией методов психотерапии и реабилитации с целью наиболее быстрого выхода больных из психоза, ускорения формирования ремиссий, сокращения сроков пребывания больных в стационаре и соответственно сокращение материальных затрат общества и государства на их лечение. В нашей стране пионерами в поисках методов и путей психотерапии и реабилитации психически больных были Б.Д. Карвасарский, В.М. Воловик, М.М. Кабанов, В.Д. Вид. В последние годы проводилось ряд исследований в этой области, включая психодинамические методы и арт-терапию А.И. Копытиным, Л.С. Сергеевой, Н.Ю. Оганесян и др. Таким образом, актуальность работы состоит в поиске новых методов психотерапии и реабилитации больных с психической патологией.

Цель исследования: изучение влияния психогимнастики на физическое и психоэмоциональные состояние пациентов дневных стационаров психиатрических больниц.

Материалы и методы. Обследование 30 пациентов дневного стационара городской психиатрической больницы № 6 (основная и контрольная группы), прошедших полное клинико-психиатрическое обследование. Установленные диагнозы: шизофрения, шизотипическое расстройство, эпилепсия, шизоаффективное расстройством, органическое заболевание головного мозга с тревожно-депрессивной симптоматикой. Большую часть групп составляли женщины (около восьмидесяти процентов). Инвалидность по психическим заболеваниям имели 40% испытуемых. Средний возраст – 45,5±25,5 лет.

Основным методом исследования являлся клинико-психологический. Экспериментально-психологическое исследование включало следующий ряд методик. Для оценки сенсомоторики, которая является косвенным показателем темпа психических процессов испытуемых (оценивалось влияние психогимнастики на сенсомоторику испытуемых, а следовательно и на темп их психических процессов в целом) применялись таблицы Шульте. Шкалой самооценки Дембо-Рубинштейн измеряли самооценку личности испытуемого, которая является косвенным показателем эмоционального фона. Динамика изменения самооценки до и после прохождения курса психогимнастики анализировалось при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Проективный тест «Звезды и волны», разработанный Лаллемант и описанный танцевальным терапевтом Н. Ю. Оганесян, использовался для оценки тревожности, нарциссизма, маскированной депрессии и оценки образа «Я». Также производился анализ телесного компонента интеллекта – метод, который нашел достаточно широкое применение в спортивной психологии и медицине и используется для самооценки напряжений в различных частях тела, путем концентрации пациентов на телесных напряжениях – болевых точках, мышечных зажимах. Данный метод помогает ощутить и осознать границы тела, оценить поэтапное снятие телесных напряжений в процессе психогимнастики.

Использовалась статистическая обработка полученных результатов данного исследования. Достоверность исследования достигнута благодаря проведению исследования на теоретическом и практическом уровне, использованию психодиагностических методик, репрезентативностью выборки. Психокоррекционное воздействие приходило в несколько этапов.

1. Предварительный этап – психодиагностическое исследование и формирование мотивации у пациента к данному виду терапии – психогимнастики.
2. Работа с телом по методу психогимнастики – обучение пациентов через упражнения новым моделям движения и поведения, новым способам выражения эмоций.
3. Этап психодиагностического среза и интервью (после восьми – десяти занятий) для изучения динамики в состоянии пациентов под воздействием психогимнастики.
4. Продолжение обучения, совершенствование движений, закрепление новых способов самовыражения.
5. Завершающий этап. Психодиагностическое исследование по окончании курса психогимнастики.

Структура психогимнастических сессий включает в себя: самомассаж, движение, расслабление, дыхание, релаксацию, коммуникацию. На занятиях использовались упражнения гимнастики ци-гун, дыхательная гимнастика из йоги, упражнения А. Лоуэна, А. Курпатова на расслабление отдельных групп мышц, элементы мягкой суггестии. Для этого вида терапии – психогимнастики в условиях дневного стационара психиатрического профиля оптимальным представляется длительность в 10 – 20 сессий (в зависимости от состояния пациентов) от двух до пяти раз в неделю. Чем тяжелее психическое состояние пациента, тем больше занятий требуется для его восстановления. Уже на первом этапе психодиагностического исследования начинает осуществляться психокоррекционное воздействие, когда пациенты интересуются результатами обследования, формируется мотивация на участие в группе психогимнастики. При сопро-

тивлении пациента проводится мягкое внушение для того, чтобы изменить у пациента сложившуюся патологическую систему убеждений в отношении себя и социума, что давало возможность подготовки пациента к следующему этапу – работе в группе психогимнастики. На следующем этапе, пациенты обучаются новым моделям движения, поведения, новым способам выражения эмоций. По мере прохождения занятий по психогимнастике от сессии к сессии пациенты могли свободнее двигаться и свободнее выражать свои эмоции невербальным способом на телесно-двигательном уровне, могли катарсически отреагировать страх, тревогу, депрессию, агрессию, сексуальность, что способствовало усилению эго пациентов.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования проводился по следующим показателям: сенсомоторика, телесные напряжения, уровень тревоги, депрессии, самооценки, пространственная ориентация, энергетический потенциал, агрессивность. Выборка была разделена на две группы: основная – пациенты, принимавшие участие в психогимнастических сессиях; контрольная группа – больных не принимавших участия в психогимнастических сессиях или выбывших из группы психогимнастики после одного – двух занятий по тем или иным причинам.

В ходе исследования были получены следующие результаты по первому показателю – сенсомоторика: положительная динамика отмечалась у 61 % испытуемых, без динамики – 39 %, отрицательная динамика – 0 %. Второй показатель – телесные напряжения: положительная динамика выявлена у 88% испытуемых, без динамики – 12 %, отрицательная – 0 %. Третий показатель – тревога: положительная динамика у 83% испытуемых, без динамики – 12 %, отрицательная динамика – 5%. Четвертый показатель – депрессия: положительная динамика – 72 % испытуемых, без динамики – 28 %, отрицательная – 0 %. Пятый показатель – самооценка: положительная динамика – 88 % испытуемых, без динамики – 12 %, отрицательная динамика – 0 %. Шестой показатель – энергетический потенциал: положительная динамика – 17 % больных, без динамики – 78%, отрицательная динамика – 5%. Седьмой показатель – пространственная ориентация: положительная динамика – 6 % пациентов, без динамики – 94 %, отрицательная динамика – 0%. Восьмой показатель – агрессивность: положительная динамика отмечалась у 50% испытуемых, без динамики – 39 %, небольшая степень агрессивности появилась у 11 % больных.

Результаты, полученные в контрольной группе по первому показателю – сенсомоторика: положительная динамика – 0% больных, без динамики – 75%. Второй показатель – телесные напряжения: положительная динамика – 33% больных, без динамики – 42%. Третий показатель – тревога: положительная динамика – 25% больных, без динамики – 34%. Четвертый показатель – депрессия: положительная динамика – 17% больных, без динамики – 58%. Пятый показатель – самооценка: положительная динамика – 17% больных, без динамики – 50%. Шестой показатель – энергетический потенциал: положительная динамика – 8%, без динамики – 76%. Седьмой показатель – пространственная ориентация: положительная динамика – 8 % больных, без динамики – 76 %. Восьмой показатель – агрессивность: положительная динамика – 0 % больных, без динамики – 75%.

Полученные данные указывают, что в основной группе отмечается положительная динамика по большей части параметров у большего процента испытуемых. В контрольной группе за этот же период времени состояние большинства больных остается без динамики, а у некоторых пациентов отмечается отрицательная динамика, то есть – ухудшение состояния.

Заключение. Внедрение метода психогимнастики в комплекс реабилитационных мероприятий позволяет ускорить процесс достижения ремиссий и снизить материальные затраты на лечение больных дневных стационаров психиатрического профиля. Полученные результаты исследования подтверждают гипотезу, обеспечивают основания для внедрения метода психогимнастики в психиатрическую практику в качестве метода психотерапии и реабилитации психически больных, создают перспективы для дальнейшего продолжения исследований в этой области, так как метод психогимнастики является новым методом в системе реабилитации больных психиатрического стационара, и следовательно наименее разработанным.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Резаков А.А.

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Эмоциональные состояния детей и подростков в настоящее время являются актуальной проблемой в психиатрии, и в обществе в целом. Влияние эмоций на поведение, восприятие окружающей обстановки через призму своего эмоционального фона, связь настроения и мотивации к обучению – это только одни из немногих вопросов, с которыми сталкиваются врачи-психиатры, психотерапевты и психологи в своей практической работе. Кроме этого, эмоциональные реакции детей и подростков имеют некоторые характерные особенности. Физиологическую лабильность аффекта у детей описывал ещё Лапидес М.И. в 1940 году.

Тревожные и невротические проявления, незавершённость эмоциональных нарушений, преобладание нарушений поведения и сомато-вегетативных реакций у детей и подростков описывались С.С.Мнухиным (1940), Г.Е.Сухаревой (1955), С.Д.Озерецковским (1973), А.Е.Личко (1979,1985), В.В.Ковалёвым (1995) и другими исследователями. Несомненно, что невротические и поведенческие проявления затрудняют социализацию детей и подростков в социуме и вызывают социальную дезадаптацию при отсутствии своевременного проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Целью данного исследования была разработка и описание мероприятий реабилитационного характера у пациентов, находившихся на лечении в психоневрологическом дневном реабилитационном стационаре (далее – в ПНДРС) Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.М.нухина за период 2011-2015 год с учётом их актуального эмоционального состояния.

Материалом исследования являлись 85 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, из них 35 пациентов поступили в дневной стационар впервые за указанный период, 50 пациентов поступили повторно (вторая и последующие госпитализации).

Диагнозы пациентов в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10 соответствовали: в двадцати пяти случаях лёгкому когнитивному расстройству смешанного генеза F 06.78; в пятнадцати случаях органическому эмоционально-лабильному расстройству смешанного генеза F 06.68; в тринадцати случаях непсихотическому расстройству в связи с травмой головного мозга F 06.82; в двенадцати случаях органическому расстройству личности смешанного генеза F 07.88. У шестнадцати пациентов отмечалось смешанное расстройство эмоций и поведения F 43.25; у четырёх пациентов непсихотическое расстройство в связи с другими заболеваниями F 06.827. По полу пациенты распределились следующим образом: 65 мальчиков и 20 девочек.

Методы исследования. В исследовании применялся клинико-психологический метод с тестированием всех пациентов психологом с применением шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, Hand-test. Клиническое исследование пациентов дополнялось использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS для оценки количественного уровня тревожных и депрессивных реакций. Для проведения профориентации использовался опросник Е.А.Климова, карта интересов, тест механической понятливости Беннета, опросник Голланда.

Результаты и обсуждение. При анализе эмоциональных состояний пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара выделялись 3 основные группы пациентов.

В первой группе пациентов, состоящей из 45 человек, отмечался повышенный уровень эмоциональной напряжённости, умеренный или высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (от 42 до 57 баллов) на фоне неудовлетворённой потребности в межличностных отношениях, потребности в понимании, безопасности при избегании ответственности. В ряде случаев неуверенность в себе частично компенсировалась фантазированием о себе, как о человеке с хорошими физическими или психологическими данными, имеющим авторитет у сверстников. В эту группу вошли пациенты с невротическим уровнем реагирования, с низкой или неустойчивой самооценкой, с имеющимися предшествующими трудностями в общении со сверстниками и эмоциональным отвержением с их стороны. У пациентов отмечался субдепрессивный уровень настроения, в ряде случаев, с дистимическим радикалом. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS отмечался уровень депрессивных реакций в интервале от 8 до 12 баллов, тревожных реакций в интервале от 7 до 12 баллов, что оценивалось как клинически значимый уровень. У шести пациентов отмечались ипохондрические жалобы с несоответствием между предъявляемыми симптомами и объективным обследованием у врача-педиатра в отделении, вторичная выгода от данных жалоб и взаимосвязь с необходимостью нахождения в общем коллективе, обучением в школе при отделении, участием в психотерапевтической группе или экскурсионными поездками.

При проведении реабилитационной работы в данной группе применялась когнитивно-поведенческая психотерапия для коррекции тревожных и ипохондрических переживаний невротического или сверхценного уровня в сочетании с методикой саморегуляции Шульца, элементами телесно-ориентированной терапии и занятиями пациентов в группе ЛФК. Проведение методики саморегуляции Шульца в сочетании с телесно-ориентированной терапией позволило добиться уменьшения выраженности вегетативных проявлений – сердцебиения, частоты дыхания, колебаний артериального давления с тенденцией к его повышению, снижения болевого синд-

рома (головных болей, болей в животе). Методика саморегуляции, сеансы когнитивно-поведенческой терапии и телесно-ориентированная терапия проводились с частотой 1 раз в неделю в течение года, занятия в группе ЛФК 2 раза в неделю. Пациенты регулярно осматривались психиатром и педиатром в отделении, на этапе завершения психотерапии повторно тестировались по госпитальной шкале тревоги и депрессии, где уровень тревожных реакций составил 4 балла, депрессивных проявлений 5 баллов, что оценивалось как клинически незначимый уровень. Кроме психотерапевтических мероприятий, пациенты получали длительное время адаптол (1000 мг/сутки), фенибут (500 мг/сутки) и в ряде случаев, эглонил (50 мг/сутки).

Во второй группе пациентов, состоящей из 25 человек, отмечалось напряжённое эмоциональное состояние с высоким уровнем тревоги, демонстративностью, импульсивностью, повышенной конфликтностью, непостоянством привязанностей, выраженной оппозицией и преобладанием протестно-негативистических форм поведения к требованиям окружающей среды. Актуальным для данной группы пациентов являлось стремление к доминированию в группе сверстников, отстаивание интересов и собственной лидерской позиции. Характерным рисунком в поведении были конфликты со сверстниками, медицинским персоналом и педагогами, нарушение режима отделения и невыполнение элементарных правил от регулярных опозданий и отсутствия сменной обуви до эпизодов самовольных уходов с отделения, нецензурных выражений в речи и курения. Стоит отметить, что 12 пациентов из второй группы при поступлении в дневной стационар расценивались как пациенты с невротическими проявлениями, однако по мере адаптации в группе сверстников стали проявлять себя как пациенты с нарушением поведения. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии уровень депрессивных реакций был в интервале от 3 до 5 баллов, что оценивалось как отсутствие данных реакций, уровень тревожных реакций в интервале от 8 до 12 баллов, что оценивалось как клинически значимый уровень. Hand-test выявил значительный уровень агрессивных реакций, что отражалось в особенностях поведения пациентов.

С пациентами второй группы проводилась индивидуальная поведенческая психотерапия, в течение первых трёх месяцев их пребывания на отделении в сочетании с групповой психотерапией на протяжении года, семейная психотерапия (в работу были включены 11 семей). Кроме этого, проводилась профориентация с учётом возраста пациентов и необходимости выбора дальнейшего образовательного маршрута – после завершения лечебно-реабилитационных мероприятий в ПНДРС и окончания 9 класса в школе № 132 при отделении пациенты поступали в учебные профессиональные заведения города, где получали необходимую профессию. Профориентация выполнялась медицинским психологом отделения с применением опросника Е.А.Климова, карты интересов, теста механической понятливости Беннета, опросника Голланда. Полученные результаты профориентации сообщались подросткам и родителям и служили основой для ознакомления с профессией в условиях профессиональных образовательных учреждений, с которыми сотрудничало отделение – с ювелирным колледжем «Русские самоцветы», с Малоохтинским профессиональным лицеем и садово-архитектурным лицеем № 113. На базе данных учреждений были организованы занятия для пациентов ПНДРС, и, таким образом, подростки могли более осознанно подойти к выбору профессии в будущем. Профориентация и взаимодействие ПНДРС с колледжами и лицеями, наряду с индивидуальной, групповой и семейной психотерапией, позволило улучшить мотивацию пациентов к учебной деятельности и проведению лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках отделения, значительно уменьшить выраженность поведенческих нарушений и оппозиционные формы поведения. В терапии пациенты данной группы получали труксал (12,5-50 мг/сутки), тиаприд (100 – 200 мг/сутки), финлепсин (200 мг/сутки) в сочетании с приёмом препаратов ноотропного ряда: пантогама, пикамилона, фенотропила, кортексина и фезама.

В третьей группе пациентов, состоящей из 15 человек, эмоциональное состояние оценивалось как ровное, с низким уровнем ситуативной и личностной тревожности (от 14 до 20 баллов), связанное с защитными механизмами. Ведущей потребностью была потребность в покое, защита от внешних воздействий, что способствовало снижению эмоционального напряжения и раздражения. В поведении пациенты были спокойными, упорядоченными, отсутствовали конфликты со сверстниками, медицинским персоналом и педагогами при некоторой зависимости от мнения окружающих, стремлением не выделяться в группе сверстников, трудностями межличностного общения, достаточно низкой самооценкой. При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS уровень депрессивных и тревожных реакций оценивался как клинически невыраженный и составил 5 баллов. Все пациенты повторно поступали на отделение и ранее прошли период адаптации с компенсацией невротических проявлений, редукцией тревожных переживаний, некоторым улучшением в межличностных отношениях.

Пациенты данной группы проходили длительную индивидуальную поведенческую и групповую психотерапию (период работы около 1 года), выезжали на занятия в зоокружок, занятия по иппотерапии, а так же на выездные мероприятия по арт-терапии в Эрмитаж, Русский Музей, галерею Эрарта. Так же все пациенты приняли участие в озвучивании мультипликационного фильма на базе Института Кино и Телевидения при участии сотрудников отделения и представителей Русского Музея. В ПНДРС проводились предметно-практические занятия с воспитателями по квиллингу, в гончарной мастерской и в фотокружке для продолжения арт-терапевтической работы. В ходе арт-терапии пациенты учились работать с цветом и формой, с предметами в окружающем пространстве, а так же взаимодействовать друг с другом, что позволило улучшить эмоциональное состояние, значительно изменить межличностное общение и расширить коммуникативные навыки.

Из пациентов этой группы 10 человек участвовали в Городском фестивале рисунка в музеях Карла Фаберже и в Русском Музее, получили призовые места и подарки за лучшую художественную работу, что значительно повлияло на самооценку и изменило отношение к себе. Из данной группы 8 пациентов были взяты на занятия в

театральную студию, созданную в ПНДРС при участии режиссёра-постановщика БДТ с постановкой мини-спектакля о жизни современного подростка, занятия проводились с частотой 1 раз в неделю в течение 6 месяцев. После проведения занятий значительно улучшилось общение не только в данной группе, но и с другими пациентами, отмечалось принятие себя и своих проблем. Наряду с вышеперечисленными мероприятиями реабилитационного характера, у пациентов данной группы проводилась терапия препаратами ноотропного ряда с активизирующим действием, использовались такие препараты, как пирацетам, пикамилон, энцефабол, кортекин, глиатилин (цере-тон), что снижало проявление астено-невротического и церебрастенического синдромов.

Выводы. На основании проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

1. Особенности эмоциональных состояний, как первичных пациентов, связанных с периодом адаптации в отделении, так и повторных пациентов, определяют дифференцированные подходы в комплексе реабилитационных программ психоневрологического дневного реабилитационного стационара.

2. Наиболее обширной группой из взятой выборки всех пациентов, включённых в исследование, является группа пациентов с невротическими проявлениями, трудностями в общении, высокими показателями ситуативной и личностной тревожности; наименее многочисленной является третья группа пациентов с компенсированным эмоциональным состоянием, что может объясняться формированием защитных психологических механизмов. Описанные особенности эмоциональных состояний в количественном распределении пациентов в группах могут не соответствовать выявленным закономерностям при включении всех пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара в проводимое исследование.

3. Арт-терапия и иппотерапия должны проводиться у пациентов с выраженными трудностями в общении, низкой самооценкой и сниженным уровнем притязаний, что является дополнительным психотерапевтическим звеном и подкрепляется проведением предметно-практического обучения у воспитателей ПНДРС.

4. Практическое применение результатов профориентации является дополнительным фактором для улучшения мотивации к учебной и познавательной деятельности у пациентов с поведенческими нарушениями при взаимодействии ПНДРС с учебными профессиональными учреждениями среднего звена.

5. Перспективным направлением может служить дальнейшее развитие арт-терапевтических программ при продолжении взаимодействия ПНДРС и музеев города, развитие иппотерапии, театротерапии и сотрудничество с БДТ, что позволяет расширить адаптационные возможности пациентов и ускорить их интеграцию в общество после выписки из отделения. Наибольшая эффективность таких мероприятий отмечена в проведённом исследовании у пациентов с невротическими проявлениями, трудностями межличностного общения, низкой или неустойчивой самооценкой.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СУИЦИДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Рутковская Н.С., Днов К.В., Баурова Н.Н.

Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко, Ленинградская обл., Гатчинский район, с. Никольское

По пессимальному демографическому прогнозу Росстата страну в 2030 году ждет депопуляция (минус 993,2 тыс. чел.); при оптимальном сценарии возможно увеличение населения на 182,4 тыс. человек, частично за счет мигрантов. Доля трудоспособного населения составит не более 54,1% (в 2009 г. – 62,9%). При тренде к снижению среднестатистических показателей суицидов в последние годы (различия между ними на региональном уровне, однако, превышают два порядка), среди умерших россиян в 2009 году было 1,9% самоубийц, то есть каждый пятидесятый гражданин уходил из жизни добровольно каждые 14 минут. Средний возраст самоубийцы мужчины – 42,5 лет, женщины – 43,7 лет. Вероятность смерти от суицида в течение жизни составила 606,4 на 100000 родившихся в анализируемом году граждан РФ [3].

На территории бывшего Советского Союза, в том числе России, высокую эффективность доказала концепция суицидального поведения разработанная А. Амбрумовой и В. Тихоненко (1978) [2]. В настоящее время установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять её в будущем, причём особенно опасным является период ближайшего года [5]. Особое значение в свете сказанного для прогноза повторных суицидальных действий представляет изучение особенностей лиц склонных к формированию различных вариантов типа постсуицидального периода на основе типологии А. Амбрумовой и В. Тихоненко [1].

Цель исследования: выявление особенностей психического здоровья и суицидального поведения у пациентов с различными типами постсуицидального периода.

Материал и методы исследования. Было обследовано 139 пациентов психиатрической больницы (64 мужчины и 75 женщин), проходивших лечение после совершения суицидальной попытки. Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 10,5$ лет. Учитывая значительные отличия суицидального поведения у лиц с процессуальными психическими заболеваниями, данная категория пациентов в группу обследования не входила. Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко. Согласно предложенной ими концепции суицидального поведения, постсуицидальный период, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, представляет собой «результатирующую» таких многочисленных составляющих, как конфликтная ситуация, приведшая к покушению на самоубийство; сам суицидальный акт; особенности прерывания суицида и последующих реанимационных мероприятий; соматические последствия и осложнения; новая, сложившаяся после попытки ситуация и личностное отношение к ней. После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде соответственно определяются три главных момента: а) актуальность суицидогенного конфликта; б) степень фиксированности суицидальных тенденций; в) особенности отношения к совершенной попытке.

Перечисленные критерии позволяют выделить четыре типа постсуицидальных состояний: критический, манипулятивный, аналитический, суицидально-фиксированный.

Первый тип – критический. а) Конфликт утратил свою актуальность, т.к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность». б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет. в) Отношение к совершенной попытке негативное – чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение па свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации. При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна.

Второй тип – манипулятивный. а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но, в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий пациента на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону. б) Суицидальных тенденций нет. в) Отношение к довершенной попытке рентное – легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. Вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.

Третий тип – аналитический. а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента. б) Суицидальных тенденций нет. в) Отношение к попытке негативное – раскаяние за совершенное покушение. Понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как «необдуманный шаг» под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.

Четвертый тип – суицидально-фиксированный. а) Конфликт актуален. б) Суицидальные тенденции сохраняются. в) Отношение к суициду – положительное, причем вербально это может выражаться в заявлении: «не

вижу иного пути». При данном типе постсуицида пациент продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т.е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

Следует отметить, что среди пациентов, проходивших лечение в психиатрической больнице, после совершения ими суицидальных действий, встречались также лица с формально-критическим типом постсуицидального периода, при котором судить о критическом отношении к суицидальной попытке можно было с большой долей условности, а также лица, отрицающие суицидальные действия, несмотря на явные свидетельства их наличия. Данные пациенты в группу обследования не включались.

Обследование проводилось с позиций многоосевого подхода, при этом основным методом оценки психического состояния в условиях стационара был клинико-психопатологический, на основании которого выносилось диагностическое заключение в соответствии с МКБ-10. Дополнительно определялась общая выраженность психопатологической симптоматики по шкале обобщенной оценки функционирования (GAFS) на момент поступления и выписки, выраженность депрессивной симптоматики с помощью шкалы Гамильтона (HAM-D) при поступлении и на момент выписки, уровень социальной адаптации (СА) (Рустанович А.В., Фролов Б.В., 2001).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistika 7.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2003». Среднегрупповые значения, дисперсия результатов исследования, стандартное отклонение, минимальные и максимальные значения показателей вычислялись модулем «Описательная статистика». Достоверность различий определялась с помощью непараметрических критериев: Н-критерия Крускала-Уоллиса и U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке гипотез составил менее 0,05 ($p < 0,05$). Полученные количественные признаки представлены в виде $M \pm m$ (где M – среднее значение признака, m – стандартная ошибка среднего).

Результаты обследования. У большинства обследованных пациентов (29,5%, n=41) были диагностированы психические расстройства из группы «органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00-F09), на втором месте по частоте – «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (20,1%, n=28). Из особенностей характерных нозологических форм среди обследованных лиц с различным типом постсуицидального периода (таблица 1) следует отметить, что для пациентов с манипулятивным постсуицидальным периодом были более характерны (23,7%, n=9) психические расстройства из группы «расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60-F69), а с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода чаще всего (30,0%, n=9) – «расстройства настроения» (F30-F39).

Таблица 1

Соотношение нозологических форм и типов постсуицидального периода

Рубрики МКБ-10	Типы постсуицидального периода							
	Критический (n=67)		Манипулятивный (n=38)		Аналитический (n=4)		Суицидально-фиксированный (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
F01-F09	19	28,4	13	34,2	1	25	8	26,7
F10	14	20,9	5	13,2	0	0	1	3,3
F11-F19	2	3,0	3	7,8	0	0	2	6,7
F30-F39	10	15,0	2	5,3	0	0	9	30,0
F40-F49	15	22,2	5	13,2	1	25	7	23,3
F60-F69	6	9,0	9	23,7	2	50	3	10
Прочие	1	1,5	1	2,6	0	0	0	0

При изучении выраженности депрессивных нарушений (HAM-D), общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS), уровня социальной адаптации (СА) у суицидентов с различными типами постсуицидального периода, был выявлен ряд особенностей (Таблица 2). Наибольшая выраженность депрессивных симптомов при поступлении наблюдалась у лиц с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода ($16,67 \pm 1,08$), которая была достоверно выше, чем при всех прочих типах постсуицидального периода. При этом, на момент выписки выраженность депрессивной симптоматики при различных типах постсуицидального периода значимо не отличалась.

Схожая картина (Таблица 2) отмечалась и в отношении общей выраженности психопатологической симптоматики. Данный показатель в группе пациентов с суицидально-фиксированным типом постсуицидального периода при поступлении ($6,50 \pm 0,71$) был достоверно хуже, чем в группах пациентов с критическим ($11,22 \pm 1,25$) и манипулятивными ($21,97 \pm 2,18$) типами постсуицидального периода. На момент выписки показатели общей выраженности психопатологической симптоматики в различных группах значимо не различались. При изучении уровня социальной адаптации (СА) у обследованных пациентов с разными типами постсуицидального периода значимых различий также выявлено не было. Особо следует отметить, что хотя наименьшая выраженность как депрессивных нарушений (HAM-D), так и общей выраженности психопатологической симптоматики (GAFS) отмечалась в группе пациентов с манипулятивным типом постсуицидального периода, в этой группе многократные суицидальные попытки встречались наиболее часто (36,8%, n=14). Многократные попытки в группе суицидаль-

но-фиксированного постсуицидального периода также отмечались довольно часто (20,0%, n=6), в то время как в группе с критическим типом постсуицидального периода они отмечались лишь в 6,0% (n=4) случаев.

Таблица 2

Выраженность общей психопатологической симптоматики (GAFS) и депрессивных нарушений (HAM-D) у суицидентов с различными типами постсуицидального периода

Оцениваемые шкалы (баллы)	Типы постсуицидального периода				Сравниваемые группы	Значимость различий
	1 Критический (n=67)	2 Манипулятивный (n=38)	3 Аналитический (n=4)	4 Суицидально-фиксированный (n=30)		
HAM-D при поступлении	12,73±0,85	8,18±0,56	11,25±1,65	16,67±1,08	1-2	p<0,001
					1-4	p<0,01
					2-3	p<0,05
					2-4	p<0,001
					3-4	p<0,05
HAM-D при выписке	0,77±0,15	0,71±0,21	1,25±0,75	3,0±1,10	--	--
GAFS при поступлении	11,22±1,25	21,97±2,18	16,75±9,45	6,50±0,71	1-2	p<0,001
					1-4	p<0,01
					2-4	p<0,05
GAFS при выписке	57,43±0,98	54,39±1,55	57,0±3,4	52,30±2,90	--	--
Социальная адаптация	2,21±0,13	2,13±0,13	1,75±0,75	2,57±0,22	--	--

Полученные данные дают возможность выделить некоторые прогностические признаки, которые могут оказаться полезны для профилактики суицидальных действий. Так, например, показано, что, несмотря на достоверно меньшую выраженность общепсихопатологической симптоматики и собственно депрессивных нарушений у лиц с манипулятивным типом постсуицидального периода, в этой группе наиболее часто встречаются многократные суицидальные попытки. Кроме того, следует указать, что в подавляющем большинстве случаев у обследованных нами пациентов этой группы, при сборе анамнестических сведений было выявлено, что после совершения предыдущих суицидальных попыток госпитализация в психиатрический стационар не осуществлялась, и пациенты выписывались домой после осмотра психиатром «под наблюдение психиатра по месту жительства», так как истинных суицидальных намерений выявлено не было. Есть основания полагать, что отсутствие не самых приятных для суицидента последствий демонстративного парасуицида в виде госпитализации в психиатрический стационар способствовало закреплению данной формы отклоняющегося поведения. Таким образом, наше исследование показывает, что лица с манипулятивным типом постсуицидального периода требуют большего внимания психиатрической службы. Возможно имеет смысл более внимательно изучить опыт Белоруссии [4], в которой госпитализация в психиатрический стационар следует за любой суицидальной попыткой.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации – М., 1980. – 48 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии – М., 1978. – С. 6-28.
3. Демографический ежегодник России 2010: Стат.сб. Росстат, М.: 2010. – 525 с.
4. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения): инструкция по применению от 16 июля 2009 г. Рег. № 077-0709 МЗ Белоруссии / Е.В. Ласый, И.И. Хвостова, С.В. Давидовский / ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» Минск: Б.и., 2009. – 34 с.
5. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия – М. «Когито-Центр», 2005. – 376 с.

О ВЛИЯНИИ РЕЛИГИОЗНОСТИ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Рутковская Н.С.

Санкт-Петербургская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко, Ленинградская обл., Гатчинский р-н, с. Никольское

Религиозное мировоззрение человека, по мнению многих авторов, может оказывать существенное влияние на возникновение суицидального поведения в кризисной ситуации. Религиозная вера в ряде случаев рассматривается как антисуицидальный фактор. В частности, в Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) религия относится к числу «сдерживающих» факторов, помогающих пациенту удержаться от попытки самоубийства. Связано это с наличием в большинстве традиционных религий строгого запрета на совершение самоубийства, как посягательства на нарушение Божией воли о человеке.

В конце XIX – начале XX, когда подавляющее большинство населения нашей страны было православным, Россия относилась к странам с низкой интенсивностью самоубийств, также как и Италия, Финляндия. Высокий уровень суицидов в тот период времени наблюдался в таких странах, как Саксония, Швейцария, Франция, Япония, Дания, США, Венгрия, Швеция [2].

В то же время в современной нам России, наряду с высоким уровнем суицидов, мы наблюдаем формально высокий процент номинальных «православных», для которых религия (в том виде, как они ее понимают и практикуют), возможно, антисуицидальным фактором не является. Можно предположить, что виной тому низкий уровень истинной воцерковленности современных православных, а также отсутствие у них элементарных знаний о своей религии.

В 2012 году проводился Всероссийский репрезентативный опрос населения, касающийся вероисповеданий и национальностей России. Выборка составила 56900 респондентов в возрасте от 18 лет из 79 субъектов РФ. Результаты опроса представлены, в частности, в Мегаэнциклопедии Кирилла и Мефодия [5] (таблица 1).

Вызывает сомнения столь высокий процент воцерковленных православных (41%). Если считать воцерковленными тех, кто более или менее регулярно посещают храм, то их действительно может оказаться порядка 40%, но при этом тех, кто регулярно исповедуются и причащаются, гораздо меньше. Тем не менее, именно регулярное участие в таинствах исповеди и причащения является в православии важным критерием воцерковленности. В качестве примера можно привести данные статьи Синелиной Ю.Ю. «Религиозность в современной России». Согласно данным этого автора, так или иначе участвуют в жизни религиозной общины или прихода 21% православных, более или менее регулярно посещают храм свыше 40% православных. При этом исповедуются и причащаются раз в месяц и чаще 2% относящихся к группе православные, несколько раз в год – 10%, раз в год обязательно – 12% [6].

Таблица 1

Религиозная принадлежность народов России (по состоянию на 2012 г.)

Религиозная принадлежность	Число последователей
Православные (воцерковленные)	41%
Верующие (без определенной религиозной принадлежности)	25%
Атеисты	13%
Мусульмане	4,7%
Христиане	4,1%
Мусульмане-сунниты	1,7%
Православные вне Церкви	1,5%
Язычники	1,2%
Буддисты	0,5%
Староверы	0,5%
Протестанты	0,5%
Мусульмане-шииты	0,5%
Католики	0,5%
Иудаисты	0,5%
Индуисты	0,5%
Пятидесятники	0,5%

В христианстве самоубийство является тяжким (смертным) грехом, нарушением заповеди «не убий». В случае реализованного суицида невозможно покаяние, в отличие от всех остальных грехов, поэтому самоубийство – наиболее тяжкий грех. В первые века христианства было приравнено к суициду и поведение тех христиан, которые в эпоху гонений «напрашивались» на мученичество. Суицидальное поведение в христианских странах было не только «личным грехом», но и каралось Церковью и государством (запрет отпевать самоубийц, похороны тела вне кладбища, без церковной молитвы и христианского погребения). Самоубийцу отпевали только в том случае, если суицид был совершен «в припадке безумия». Как отмечает В.С.Ефремов, «... в России отдельные постановления относительно самоубийц длительное время находились только в церковном законодательстве. В требнике Петра Могилы (1646) и в «Инструкции

Патриарха Адриана поповским старостам или благочинным смотрителям от 26 декабря 1697 года» (цит. по Таганцеву Н.С., 1870) в статье 21 также содержится запрещение хоронить у церквей или на кладбищах тела самоубийц». Однако, с эпохи Петра Великого появляются и такие «карательные акции», как «волочение тела по улицам» или «повешение мервым за ноги». Оставшихся в живых самоубийц били плетью или приговаривали к тюремному заключению или каторжным работам. При этом в других христианских государствах наказания самоубийц были еще более жесткими – от многолетнего тюремного заключения до смертной казни. Только в 1961 году в Англии было законодательно установлено отсутствие состава преступления в самоубийстве и покушении на него [2].

Осуждается самоубийство также и в иудаизме и в исламе. В Ветхом Завете описаны лишь единичные самоубийства, преимущественно совершенные в безвыходной ситуации. Таковы самоубийства первого библейского царя Саула, раненого в битве с филистимлянами, и его оруженосца (I Царств, 31:1, 3-5), или судии израильского, назорея Самсона, взятого в плен и ослепленного врагами, который уничтожил себя вместе с ними (Суд 16:25-30). Как отмечают Эрдынеева К.Г. и Филиппова В.П., законодательно запрет на самоубийство был оформлен только в постталмудический период и изложен в трактате «Семахот». Самоубийство там названо худшим из грехов. Те же авторы пишут: «В исламе самоубийство запрещалось Кораном и считалось тяжелейшим из грехов. Правоверные мусульмане верят, что судьба, предначертанная Аллахом, будет определять всю их жизнь, и они обязаны терпеливо сносить все удары судьбы. Однако, двоякое толкование позволяет лишать себя жизни, при этом деяние не считается самоубийством (шахиды). В известном смысле шахиды не являются самоубийцами, так как целью является убийство другого человека или группы людей, сам шахид в данном случае рассматривается как воин Аллаха, павший на поле брани». Многие авторы, тем не менее, отмечают некоторую противоречивость Корана, в том числе и в этом вопросе [7].

В странах Востока, таких как Китай, Япония, Индия, отношение к самоубийству традиционно было более уважительным. Суицид даже поощрялся, особенно в исключительных случаях, когда не просто разрешалось, но и предписывалось совершить «ритуальное самоубийство». Так, в Индии и Китае поощрялось самоубийство вдов (а нередко и слуг умершего господина). В Японии совершение харакири (японцы предпочитают термин «сеппуку») не только разрешалось, но и во многих случаях предписывалось. Истоки такого отношения можно обнаружить в религиозных воззрениях жителей этих стран. В частности, Иванов Ю.Н. пишет, что синтоизм – это не просто традиционная религия Японии, а образ жизни, основа японской национальной психологии. В ней существует кодекс самураев бусидо, который обязывает презирать смерть. Погибшие в бою смертники причислялись к лику «ками» – святых покровителей Японии. [3].

Буддизм отличается нейтральным отношением к суициду, не запрещает его, но и не видит в нем смысла. Как отмечают К.Г. Эрдынеева с соавт., «Буддизм состоит в вере в бесконечность перерождений. Прекратить ее можно только в состоянии Будды, мирянину же это абсолютно недоступно. Самоубийство может привести к дальнейшему перерождению, но уже не в облике человека, а, например, животного или демона... идея реинкарнации, общая для буддизма и индуизма, делает суицид бессмысленным и даже вредным – но не из страха перед Богом, а из вполне рациональных соображений. Добровольно уходящий из жизни ничего не достигнет – карма вновь поставит его в ту же самую ситуацию, ибо человек с ней не справился. Самоубийство все равно не спасет от выпавших на твою долю страданий» [7].

Таким образом, основные мировые религии демонстрируют различное отношение к суициду, от полного запрета до нейтрального и даже одобрительного, поощряющего отношения. В этом вопросе религия играла не последнюю роль в формировании мировоззрения целых этносов.

В отличие от культуuroобразующих религий, отношение к суициду в различных сектах и раскольнических группах зависит преимущественно от позиции лидера секты, при этом подавляющее большинство сектантских «гуру» имеют психические отклонения и патологическое стремление к власти, вследствие чего они часто поощряют суициды своих адептов. При этом преобладают в сектах массовые самоубийства, совершаемые обычно по приказу лидера. Но нередки случаи индивидуальных суицидов, совершаемых членами сектантских группировок.

Наиболее известные массовые суициды среди сектантов описаны, в частности, в монографии А.Л.Дворкина «Сектоведение», одна из глав которой названа «Религия, которая убивает». Это массовый суицид членов секты «Народный храм», возглавляемой Джимом Джонсом (1978). Тогда погибло 912 человек, в том числе 276 детей. Правда, патологоанатомы тогда установили, что из них не менее 700 человек были убиты, лишь остальные ушли из жизни добровольно. В 1993 году лидер секты «Ветвь Давида» Дэвид Кореш взорвал штаб-квартиру своей группы вместе с собой и своими последователями. Тогда погибло около 100 человек (из них 25 детей). В 1994, 1995 и 1997 гг. произошли несколько массовых самоубийств членов секты «Храм солнца», возглавляемой Люком Жюре. Общее число жертв этой секты составляет 74 человека (48 из них были застрелены). В 1997 г. произошел массовый суицид членов секты с уфологической направленностью «Небесные врата», тогда покончили с собой 39 человек, все они были высококлассными программистами. Их самоубийство, совершенное по приказу лидера секты Маршалла Эпплуайта, было обставлено как «полет на другие планеты». В 2000 г. тоталитарной секте «Движение за возрождение десяти заповедей Бога» под руководством Кредонии Мверинды 500 человек совершили массовое самосожжение. Впрочем, возможно, его можно квалифицировать как массовое убийство, т.к. на территории, принадлежащей секте, были обнаружены еще сотни трупов с признаками насильственной смерти [1].

Массовые самоубийства сектантов нередко подпитываются апокалиптическими настроениями, как впрочем и суициды раскольников в России, начиная со старообрядцев XVII века и заканчивая членами современ-

ных раскольнических групп. Историк церкви А.В.Карташев пишет: «Бессильные доказать среднему здравомысляющему человеку необходимость трагического разрыва не только с Церковью, но и со всей окружающей средой, расколовожди покрывали себя действительно страшным догматом об антихристе и действительно пугающими совпадениями и приметами его тайного пришествия». Тот же автор описывает и способы самоубийства раскольников: «Самоистребление фанатиков имело даже не одну форму самосожжения. Практиковались и самоуморение, пощение до смерти, самозаклание, самоутопление. Фанатики убегали в леса с семьями, с детьми и морили себя в ямах и храминах... Но более всего практиковалось самосожжение как средство избежать печати антихриста. В 1672 г. отмечен был первый случай массовой «гари»: сожглось около 2000. В «гарях» Пошехонского уезда Ярославской губернии за 1676-1687 гг. сожглось 1929 человек... По приблизительной статистике до 1690 г. в таких самосожжениях покончило с собой больше 20000 человек» [4].

Попытки вычисления точной даты конца света продолжаются и в наше время, хотя это полностью противоречит Евангелию. Однако не только вера в скорое наступление апокалипсиса является поводом к самоубийству у раскольников и сектантов. Как уже описано выше, суициды могут совершаться просто по приказу лидера секты, от которого адепты полностью зависимы морально, а часто и физически. Но даже у тех, кто сумел разорвать отношения сектантской группировкой, могут возникать тяжелые депрессивные состояния вследствие моральной травмы, т.к. годы, проведенные в секте, приводят человека к состоянию беспомощности, невозможности быстрой адаптации в социуме, нередко к полной изоляции, т.к. во многих сектах существует запрет на общение с бывшими членами организации, даже если это близкие родственники. Другой причиной суицидов у бывших адептов сект является развитие клинически очерченного психического расстройства, спровоцированное воздействием на психику недоедания, недосыпания, нередко употребления психоактивных веществ, использование грубой суггестии, оккультных методик.

Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что религиозное мировоззрение человека может быть как антисуицидальным фактором, так и напротив, провоцировать, прямо или косвенно, развитие суицидальных тенденций. Исторически такие традиционные религии, как христианство, иудаизм, ислам в большинстве случаев отрицательно относятся к суициду, в то время как «восточные» религиозные течения демонстрируют терпимое, противоречивое и даже поощряющее отношение к нему. Сектантские и раскольнические группировки, как правило, являются плацдармом для совершения массовых суицидов и провоцируют индивидуальные самоубийства.

Литература

1. Дворкин А.Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. – Нижний Новгород: издательство «Христианская библиотека», 2012. – 816 с.
2. Ефремов В.С. ...ИЛИ НЕ БЫТЬ. – СПб: Нестор-история, 2012. – 524 с.
3. Иванов Ю.Н. Камикадзе: пилоты-смертники. – Русич, 2001.
4. Карташев А.В. Очерки по истории Русской Церкви – Минск: ООО «Харвест», 2007. В 2 томах, т.2 – 592 с.
5. Религиозный состав населения России URL: <http://megabook.ru/>
6. Синелина Ю.Ю. Религиозность в современной России. Отечественные записки, № 1 (52) 2013.
7. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ), 2010.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ В ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В.

Северный ГМУ, г. Архангельск

Публикация подготовлена по проекту «Ранний скрининг нарушения психического здоровья лиц пожилого возраста как основа активного долголетия» в рамках Программы «Активное поколение» при поддержке благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко

Существующая в настоящее время социально-демографическая тенденция к увеличению количества пожилых в общей массе населения страны рождает необходимость планомерной работы медицинских служб с данной категорией граждан. Прекращение или ограничение трудовой деятельности для человека, вышедшего на пенсию, серьезно меняет его ценностные приоритеты, образ жизни, общение и часто является причиной целого ряда проблем с психическим здоровьем.

В последние годы все более важное значение приобретает оценка психического здоровья лиц пожилого возраста и прогноз возможных ее социально-экономических последствий. Отечественными авторами признается высокая частота распространенности психических расстройств в пожилом возрасте – от 40 до 74% [3, 8]. Большую часть из них составляют больные с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) [4].

Психические расстройства в рассматриваемой возрастной группе негативно влияют на прогноз при лечении сопутствующей соматической патологии, выживаемость и качество жизни пациентов, затрудняют курацию врачом и оценку потребности в уходе [2], препятствуют реализации прав больных при получении медицинской помощи. В связи с этим, необходим поиск наиболее оптимальных решений ранней диагностики психического здоровья у лиц пожилого возраста.

Целью исследования явилось обоснование алгоритма оценки психического здоровья лиц пожилого возраста.

Нами обследовано 178 человек в возрасте 60 лет и старше (средний возраст $66,7 \pm 5,5$ лет; $M \pm \sigma$) – пациентов психотерапевтического отделения ГБУЗ Архангельской области «Архангельский областной психоневрологический диспансер».

Анализ собственных результатов с учетом литературных данных последних лет позволил систематизировать основные особенности проявлений психических расстройств у лиц пожилого возраста.

Для позднего возраста характерными являются стертость клинической картины НПР, выраженная ипохондрическая окраска переживаний. В этом периоде происходит некоторая нивелировка преморбидных личностных особенностей вследствие сужения круга интересов на собственном «Я» и формирование «ипохондрического эгоцентризма»; течение заболевания носит подострый и затяжной характер с относительной стабильностью проявлений.

В большинстве случаев у лиц старше 60 лет НПР имеют место коморбидные состояния. Так, например, у больных с расстройствами депрессивного спектра выявляется большая частота кардио- и цереброваскулярных заболеваний с высоким риском осложнений [1]. Среди пациентов пожилого и старческого возраста соматических стационаров терапевтического, кардиологического, неврологического, травматологического профилей НПР встречаются в 73,8% случаев [7]. В нашем исследовании более 60% обследованных лиц имели соматическую отягощенность и более половины – постоянно принимали лекарственные препараты, что необходимо принимать во внимание при учете совместимости назначаемых препаратов и предупреждения полипрагмазии.

НПР в пожилом возрасте влекут за собой изменения социальной жизни, в частности, обеднение контактов, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения; 2/3 наших пациентов не имели семьи и проживали в одиночестве. Факторы среды (неблагоприятные внутрисемейные, межличностные, производственные взаимоотношения) играют существенную роль не только в возникновении НПР, но и в психопатологическом их оформлении и особенностях течения заболевания.

Лица в возрасте после 60 лет имеют более выраженные субъективные нарушения в психологическом, социальном и соматическом функционировании; обладают высокой ситуативной тревожностью, ригидностью, эмоциональной неустойчивостью, обидчивостью, замкнутостью и отгороженностью от окружающего мира.

В целом, можно констатировать, что уровень выявления психических расстройств в пожилом и старческом возрасте определяется такими факторами, как: характером и тяжестью расстройства, возрастом к моменту его манифестации, социальной активностью и личностными особенностями больного, а также семейно-средовыми факторами.

Комплексная диагностика НПР у пациентов позднего возраста в большинстве случаев является сложным процессом, требующим, помимо тщательного клинического исследования, внимательного изучения психосоциального анамнеза, особенно при оценке когнитивных особенностей [10]. Не менее важным является и динамическая оценка уровня всех компонентов качества жизни, особенно при наличии сопутствующей соматической патологии [5]. НПР, как сложное полифакториальное психическое нарушение, должно рассматриваться в рамках психиатрического, социально-демографического базисов и базиса коморбидной соматической

патологии. Например, предложена системная модель НПР позднего возраста [6], компоненты которой включают системную структуру (многоосевую классификацию с кольцевой репрезентацией) и системную среду, связанные между собой определенными отношениями – системной функцией, описываемой осями.

В литературе имеется достаточно много методик для исследования нарушений отдельных психических функций и свойств личности (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности, 16-ти факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла, Тест интеллекта Т.Векслера, метод *пиктограммы* А.Р.Лурия и др.), однако большинство из них могут применяться у лиц трудоспособного возраста без нарушений интеллекта, внимания, памяти и восприятия. В то же время, они не могут быть использованы или ограничено применимы в пожилом возрасте.

Нами предлагается комплексная экспресс-диагностика психического здоровья у лиц пожилого возраста, представляющая собой совокупность методик, направленных на диагностику следующих сфер психического здоровья [9]:

- 1) психоэмоциональной (для диагностики депрессивных и тревожных расстройств, астенического синдрома);
- 2) социально-психологической (выявления признаков социально-психологической дезадаптации);
- 3) когнитивной (диагностики признаков деменции; оценки нарушений внимания, памяти и мышления);
- 4) личностной (оценки личностных характеристик, невротических нарушений);
- 5) ценностно-мотивационной (ценностной сферы);
- 6) психосоматической (психосоматических расстройств);
- 7) качества жизни (влияния болезни на качество жизни).

Выделение данных сфер обусловлено тем фактом, что в пожилом возрасте наиболее распространенные НПР отражаются именно в этих сферах.

Рассмотренные нами подходы для комплексной диагностики психического здоровья лиц пожилого возраста при их использовании будут способствовать раннему выявлению психической патологии и оценке уровня психического здоровья у лиц пожилого возраста, тем самым дадут возможность получить более точную картину распространенности психических заболеваний в пожилом возрасте, а также выявлять лиц пожилого возраста с донозологическими формами психической патологии.

Представленный диагностический комплекс может использоваться в деятельности не только врачей психиатра и психотерапевта, но и в общесоматической практике – терапевта, невролога, семейного врача для разработки индивидуальных маршрутов вторичной профилактики.

Литература

1. Гарганеева Н.П., Шахурова Н.И., Счастный Е.Д. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте: общая проблема в терапевтической и психиатрической практике. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – №3. – С.78-83.
2. Голубева Е.Ю., Данилова П.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // Экология человека. – 2005. – № 9. – С. 48-53
3. Местечко В.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Эпидемиологическая характеристика непсихотических психических расстройств у лиц пожилого возраста в Архангельской области // Успехи геронтологии. – 2012. – №4. – С.654-660.
4. Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В. Ранняя диагностика коморбидных психических расстройств в пожилом возрасте. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 28 с.
5. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7-11.
6. Одарченко С.С. Непсихотические психические расстройства позднего возраста: авторефер. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – Томск, 2009. – 51 с.
7. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. – М.: Медицина, 2006. – 526 с.
8. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – Томск, 2010. – 52 с.
9. Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Диагностика психического состояния лиц пожилого возраста (методические рекомендации). – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2014. – 63 с.
10. Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Диагностика когнитивной сферы у лиц пожилого возраста // Успехи геронтологии. – 2015. – №2. – С.366-373.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МУЖЧИН ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ ЗА 2008-2013 ГГ.

Сухарева И.А., Третьякова О.С., Токарева Е.Р.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского, г. Симферополь

Психоневрологическая патология является существенной социальной проблемой во всем мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире 25% функциональных расстройств обусловлено заболеваниями нервной системы (НС)[5]. В Европе на заболевания НС приходится 35% от общей структуры заболеваемости[2]. По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ), общая заболеваемость взрослого населения расстройствами психики и поведения составила 5130,7 на 100 тысяч населения, тогда как болезнями НС – 4898,8 на 100 тыс.[2].

Цель и задачи. Проанализировать заболеваемость мужчин в республике Крым (РК) с психоневрологическими расстройствами за 2008-2013 гг.

Материалы и методы: Статистические отчеты ВОЗ, МЗ РФ и РК за 2008-2013 гг. Результаты обработаны с использованием прикладного пакета Microsoft Excel 2007. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследований. В структуре общей заболеваемости мужского населения Республики Крым (РК) III место принадлежит болезням с расстройствами психики и поведения – 6,2%. По данным МЗ РФ первичная и общая заболеваемость взрослого населения расстройствами психики и поведения имеет тенденцию к снижению[1]. В РК среди мужчин – снизилась на 15,9% и 15,2% соответственно, что можем объяснить стигматизацией, страхом предрассудков, дискриминации, негативным опытом лечения и ухода за такими пациентами.

В РФ общая заболеваемость болезнями НС растет и уже составляет 4898,8 на 100 тысяч населения, однако первичная заболеваемость в динамике снижается (сейчас – 1032,3). В РК общая заболеваемость болезнями НС за период исследования выросла к 2011 году на 10,9%, а в 2012 году снизилась на 3%, тогда как первичная заболеваемость снизилась до 2010 года на 4,8%, а затем выросла на 7,8% в 2011 году и вновь снизилась в 2012 году на 3,7%. Общая заболеваемость воспалительными заболеваниями ЦНС в РФ выросла до 51,0 на 100 тыс., а в РК имела тенденцию к снижению за весь период исследования и составила 24,4%, в то время как первичная заболеваемость до 2011 года снизилась в 2 раза, а в 2012 году – повысилась на 10,7%.

По статистике ВОЗ, в мире насчитывается более 4 млн. человек с болезнью Паркинсона (БП)[5]. В РФ с 2009 по 2012 год произошел рост общей заболеваемости на 16,8%, а первичной – на 6,3%. В РК среди мужчин отмечается рост общей заболеваемости БП на 27,5%; увеличение первичной заболеваемости до 2010 года почти в 5 раз, дальнейшее снижение к 2012 году на 18,5%. По нашему мнению, рост заболеваемости связан с увеличением продолжительности жизни, но также играют роль экологические, возрастные и генетические факторы.

Заболеваемость эпилепсией в мире составляет в среднем 50–70 человек на 100 тысяч населения[5]. В РФ общая заболеваемость эпилепсией составляет 193,7 на 100000 населения, а первичная заболеваемость – 16,7 на 100000. Общая заболеваемость эпилепсией в РК увеличилась на 16,1%, а первичная заболеваемость выросла до 2009 года на 38,6%, в 2010 году снизилась более чем в 2 раза, а в дальнейшем опять выросла на 40,4%. Такие колебания в значениях заболеваемости эпилепсией, можно связать с разными диагностическими критериями, которые используют врачи при постановке диагноза, проблемой в кодировке по МКБ-10, где «эпилепсия» фигурирует в нескольких разделах: S (травмы), G (неврология) и F (психиатрия).

В мире насчитывается более 2 млн. больных рассеянным склерозом (РС), из них в России – около 200 тыс. человек, с явной тенденцией к увеличению заболеваемости[3]. В РК среди мужчин общая заболеваемость с 2008 по 2010 и с 2011 по 2012 года увеличилась на 12,8% и 1,4% соответственно. Первичная заболеваемость выросла до 2011 года на 35,3% (2012 год – снижение на 58,8%). Данные изменения обусловлены как следствием истинного роста заболеваемости, так и увеличением продолжительности жизни пациентов с РС. Кроме того, увеличение частоты РС объясняется улучшением диагностики, внедрением в практику единых диагностических критериев Полера, оценочных шкал Куртцке.

В РФ общая заболеваемость транзиторной ишемической атакой (ТИА) составила 87,0 на 100 тысяч, и наблюдается снижение динамики заболеваемости[4]. Наличие ТИА ассоциируется с высоким риском развития инсульта. Ежегодно в РК фиксируется 5 тысяч случаев инсульта, причем возникнуть он может у каждого 4 мужчины в возрасте до 45 лет. Как общая, так и первичная заболеваемость ТИА среди мужчин в РК до 2010 года снизилась на 20,2%, а с 2011 выросла более чем в 2 раза. Это связано с большей доступностью современных методов диагностики, в первую очередь КТ и МРТ.

Общая заболеваемость болезнями периферической нервной системы в РК среди мужского населения имела тенденцию к росту до 2011 года на 11,4%, а с 2012 года – снизилась на 6,1%; поражение нервов, нервных корешков – выросло до 2011 года на 7,7%, а с 2012 – снизилась на 7,8%. Первичная заболеваемость болезнями периферической нервной системы в РК имела тенденцию к снижению на 10,3%: поражения нервов, нервных корешков – волнообразное течение с тенденцией к снижению на 15,5%.

Выводы. Сегодня в РК среди мужского населения наблюдается увеличение заболеваемости психоневрологической патологией. Важно дальнейшее накопление и изучение информации об этиологии и патогенезе

психоневрологических заболеваний для их рациональной профилактики и лечения. Для улучшения ситуации необходимо дальнейшее внедрение федеральных целевых программ, связанных с профилактикой и лечением артериальной гипертензии, пропагандой здорового образа жизни, улучшение стрессоустойчивости населения.

Литература:

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. Социальная и клиническая психиатрия. 2001; (1) 9-15.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
3. Неверовский Д.В. Курение и ишемический инсульт. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010; 10: 42-7.
4. Серякова В.А., Долгалев И.В., Образцов В.В., Цимбалюк И.В., Карпов Р.С. Влияние отдельных поведенческих факторов риска (курение, потребление алкоголя) на формирование смертности в популяционной когорте взрослого населения 20-59 лет г. Томска (17-Летнее проспективное исследование). Бюллетень сибирской медицины. 2011; 3: 162-7.
5. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 2010.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩИМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

Научно-исследовательский институт гигиены профпатологии и экологии человека ФМБА России, Санкт-Петербург

Введение. Проблема сохранения психического здоровья работающих на предприятиях с вредными и опасными условиями труда (возможные интоксикации, повышенное нервно-психическое напряжение) указывает на необходимость формирования современной системы организационных и научно-практических мероприятий по медицинской, психолого-психиатрической и социальной защите людей [1, 4-7].

Многофакторность негативных воздействий на человека, сложность квантификации роли каждого фактора в непосредственном и отдаленном ухудшении психического здоровья обуславливают необходимость комплексной оценки психического, соматического и социального здоровья работающих с особо опасными токсичными химическими веществами (ООТХВ) [4, 6, 7]. Важность данной проблемы обусловлена ростом распространенности психических расстройств во всех странах, а не только среди лиц, работающих на потенциально опасных производствах [2, 3, 5].

Цель работы – рассмотрение проблемы совершенствования организации психиатрической помощи работающим в экстремальных условиях.

Материал, методы и результаты исследования. Представлены данные распространенности пограничных психических расстройств (ППР) у работающих с ООТХВ: компонентами ракетных топлив (КРТ) и фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ) в зависимости от пола, стажа контакта, условий труда (группы вредности).

Обработка материалов исследования включала систематику полученной информации путем группировки данных в зависимости от нозологической принадлежности, возрастных, половых, личностных и других факторов в развитии заболеваний. Результаты были стандартизованы и обработаны с использованием современных статистических методов расчета [8, 9].

Согласно директивным и инструктивно-методическим документам к лицам, работающим на опасных объектах, предъявляются повышенные требования к состоянию психического здоровья. В то же время исторически сложившаяся система наблюдения за состоянием только соматического здоровья у этих лиц, не позволяет своевременно выявлять психические и психосоматические расстройства и осуществлять современные лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия. При планировании и финансировании научно-практических мероприятий основное внимание до настоящего времени уделяется соматической сфере, а квалифицированной оценке состояния нервно-психической сферы, первой реагирующей на вредность, внимания уделяется недостаточно.

Современные возросшие требования к промышленной психиатрии и организации здравоохранения требуют совершенствования организационных и методических подходов комплексной оценки состояния психического здоровья работающих, где должны быть сформулированы основные научные принципы и основные пути практической реализации государственных мероприятий по медицинской, психолого-психиатрической и социальной защите людей.

Врачами МСЧ и поликлиник ППР практически не выявляются (выявляется лишь в 5% случаев). ППР являются основной причиной снижения или потери трудоспособности, аварийности, что указывает на социально-экономические последствия при непринятии соответствующих мероприятий. Из доклада Международной Организации Труда к Всемирному дню охраны труда 28.04.2013г. «Профилактика профессиональных заболеваний» ежегодно от связанных с работой несчастных случаев и заболеваний гибнет 2,34 млн. человек. Из-за несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ежегодно теряется 4% глобального ВВП.

У работающих с ООТХВ существует риск интоксикаций, что требует оценки психического состояния, являющегося маркером интоксикации вследствие наибольшей чувствительности ЦНС к токсическому химическому фактору. Острые и хронические интоксикации (отравления) рассматриваются как особый вид болезни (химическая психосоматическая болезнь), причиной которой являются острая или хроническая химическая травма [6].

В результате проведенных нами исследований установлена высокая распространенности ППР, обусловленных химическим фактором и высоким нервно-психическим напряжением (НПН). При сравнении основной группы с группой контроля различия достоверны ($p < 0,001$). В этиопатогенезе заболеваний выделено несколько этапов: состояние первичной психической дезадаптации, состояние вторичных клинических проявлений ППР в результате воздействия «малыми» концентрациями ООТХВ, и состояние вторичной психической дезадаптации – химической психосоматической болезни. Повышенное НПН в сочетании с токсическим фактором вызывало ухудшение психического здоровья, проявляющееся прежде всего астено-депрессивным и тревожно-депрессивным синдромами.

Распространенность ППР у мужчин и женщин, отнесенных к различным группам по условиям труда, имела выраженные различия. У мужчин и женщин, отнесенных к I группе с наиболее вредными условиями труда, ППР встречались чаще в сравнении с 3 группой, где условия труда были наименее вредными ($p < 0,001$). Тяжесть клинических проявлений (неврозоподобные и психоорганические расстройства), также была выраженнее у мужчин и женщин I группы. С уменьшением вредности ППР у мужчин встречались реже в 1,5 раза во II группе и в 2,6 раза в III группе ($p < 0,001$). У женщин аналогичные показатели уменьшились в 3,0 раза ($p < 0,001$).

Распространенность ППР как среди мужчин, так и среди женщин в зависимости от стажа работы (1-4, 5-9, свыше 10 лет) также характеризовались выраженным ростом ($p < 0,001$) с увеличением стажа контакта с ООТХВ. Среди представителей стажевой группы от 10 лет и более было больше лиц с ППР, чем здоровых ($p < 0,001$). В результате исследование распространенности и структуры ППР среди лиц, работающих с ООТХВ, выявлены клинические особенности патологии экзогенного происхождения. Чаще всего встречались астено-депрессивный, тревожно-депрессивный и психоорганический синдромы. Установлены закономерности токсического поражения ЦНС, особенности изменений нервно-психической сферы у лиц, длительно работающих с ООТХВ. Доказано влияние стажа контакта и степени вредности на состояние психического здоровья. В начале контакта клинические проявления носили в основном функциональный характер, в последующем формировалась отчетливая клиническая картина с неврозоподобными и психоорганическими расстройствами различной степени выраженности. Психоорганический синдром проявлялся изменениями личности, снижением интеллектуально-мнестических функций, депрессивными переживаниями, суицидными мыслями, эксплозивными реакциями, патологией диэнцефальной области, сопровождающейся вегетативными кризами.

Таким образом, состояние психического здоровья у лиц, работающих с ООТХВ, служит маркером интоксикации, а среди основных приоритетов медицинской помощи, необходимо выделять психопрофилактику, своевременную психиатрическую диагностику, психогигиену и психотерапию. Для ранней диагностики хронической профинтоксикации, проявляющейся психической и физической астенией, эмоциональными и вегетативно-висцеральными расстройствами, астено-депрессивным, тревожно-депрессивным и психоорганическим синдромами, необходимо внедрение мониторинга психического здоровья персоналу организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда.

С целью сохранения психического здоровья и решения проблемы совершенствования психопрофилактики и психиатрической помощи на предприятиях с особо опасными условиями труда, а также учитывая нарастающую остроту негативной ситуации с психическим здоровьем среди всех групп населения, необходимо выделить основные научно-практические приоритеты в интересах современной медицинской практики.

Для решения данной проблемы и ее реализации необходимо:

- провести анализ современных требований законодательства и подзаконных документов для разработки нормативно-методических материалов по обоснованию критериев освидетельствования при входном контроле, объемах психиатрической и психотерапевтической помощи в МСЧ, общесоматических больницах и поликлиниках, при профосмотрах и мониторинге лиц, работающих на предприятиях с опасными условиями труда;
- обосновать перечень методов клинического, психофизиологического, психологического, клинико-лабораторного и инструментального обследования лиц, работающих в экстремальных условиях;
- разработать диагностические критерии для отличия ППР от начальных стадий развития психозов у персонала организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда;
- разработать медико-биологические показатели, характеризующие изменение психического здоровья у отдельных групп работающих «групп риска», для углубленных клинических исследований и психопрофилактики;
- провести клинико-эпидемиологическое исследование персонала организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, для анализа распространенности и клинических особенностей психических заболеваний и разработки рекомендаций по психопрофилактике с учетом приоритетных медицинских критериев и прогнозов.

Вывод. Результаты исследования показали роль и место психиатрии в совершенствовании подходов сохранения психического здоровья у лиц, работающих в экстремальных условиях, и формировании современной системы психогигиены и психопрофилактики.

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.М., Щукин Б.П. Психогения в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – 115 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. 4-е издание. Переработанное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
3. Кекелидзе З.И., Черников А.М., Щукин Б.П. Психиатрия чрезвычайных ситуаций // В кн.: Очерки социальной психиатрии. – М., 1998. – С. 310-330.
4. Киселев М.Ф., Галкин Г.Н., Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В. и др. Методология и методические подходы к установлению воздействия химических факторов на соматическое и психическое здоровье населения. //Российская научная конференция «Медицинские аспекты радиационной и химической безопасности». 11-12 октября.- С.Пб.: ВМА, 2001. – С.122-126.
5. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006.
6. Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В. Химическая психосоматическая болезнь. // Медико-гигиенические аспекты обеспечения работ с особо опасными химическими веществами. Труды научно-практической конференции, посвященной 40-летию НИИ ГПЭЧ Федерального управления. «МЕДБИОЭКСТРЕМ» МЗ России. СПб, 2002, с. 106-116.
7. Филиппов В.Л., Рембовский В.Р., Филиппова Ю.В., Медведев Д.С. Реализация концепций ВОЗ и МОТ по сохранению здоровья работающих с особо опасными токсичными химическими веществами. В журн. Медицина экстремальных ситуаций. – М –№4 (46) –2013, с. 47-54.
8. Robins L.N., Breslow, and Greenland. «Estimators of Mantel-Haenszel variance consistent in both sparse data and large-strata limiting models» Biometrics. –1986. –Vol.42. –Pages 311-323.
9. Robins L.N., Greenland, and Breslow. «A General Estimator for the Variance of the Mantel-Haenszel Odds Ratio» American Journal of Epidemiology. – 1986. –Vol.42, –Pages 719-723.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУПП С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Марченко Л.О., Филлипова Е.О.

ВМедА им. С.М. Кирова

Нестабильность социальных процессов, кризисная ситуация во многих сферах общественной жизни неизбежно приводят по мнению Б.С. Положого (1995), Ю.А. Александровского (1993), В.Т. Кондрашенко (2004) и ряда других авторов к увеличению девиаций среди подростков. По литературным данным чаще всего распространение ВИЧ-инфекции происходит в среде подростков, относящихся по своим личностным и поведенческим особенностям к группе «риска» возникновения тех или иных форм девиантного поведения (пьянство, наркомания, токсикомания, правонарушения, сексуальные девиации, повышенный суицидальный риск и т.д.) [1, 2, 3].

Неблагоприятные условия жизни и воспитания в семье, проблемы обучения в школе, неумение строить взаимоотношения с окружающими и возникающие на этой основе конфликты, различные психофизические отклонения в состоянии здоровья, склонность к рискованному поведению зачастую приводят к возникновению девиантных форм поведения и как следствие попаданию подростка в группу риска по ВИЧ-инфекции. Заложенные в раннем детстве алгоритмы отклоняющего (девиантного) поведения могут длительное время, на протяжении многих лет находится в скрытом (латентном) состоянии. Они активизируются при стечении определенных обстоятельств, особенно в периоды психофизиологических кризисов человека [4, 5].

С целью изучения психологических факторов, провоцирующих девиантное поведение, и выявления коллективов с повышенным риском возникновения ВИЧ-инфекции было проведено комплексное обследование курсантов I курса военно-медицинского вуза: с преобладанием факторов «рискованного» поведения (n=40), не имевших в анамнезе эпизодов рискованного поведения (контрольная группа) (n=100).

Для выявления группового «психологического» портрета данных групп использовались методики ОИР, СМЛ, ДАП, «Сопровождение», социометрия и методика изучения информированности военнослужащих по проблеме ВИЧ/СПИД и оценке факторов заражения ВИЧ. Уровень развития познавательных психических процессов изучался с помощью батареи интеллектуальных тестов ОИР, в состав которой входили ряд субтестов: «Аналогии», «Числовые ряды», «Зрительная память», «Образное мышление», «Арифметический счет», «Вербальная память», «Установление закономерностей» [6]. Субтесты направлены на определение уровня развития вербально-логического и образного мышления, а также особенностей памяти, внимания и темповых характеристик мыслительной деятельности. Кроме того, оценивались показатели продуктивности (количество выполненных заданий), эффективности (количество правильно выполненных заданий) и надежность (соотношение правильно выполненных заданий к их общему количеству выполненных заданий). Для изучения личностных особенностей курсантов использовались стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМЛ) [7] и опросником девиантных форм поведения ДАП [8]. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ направлен на изучение основных черт характера, тип реагирования на стресс, защитных механизмов, степень адаптированности индивида и возможных типов дезадаптации и наличия психических отклонений. Опросник девиантных форм поведения ДАП включает в себя шкалы: «Военно-профессиональная направленность», направленная на изучение устойчивости выбора кандидатом профессии военного врача, «Девиантность», направленная на изучение склонности к алкоголизации, наркомании, токсикомании и прочим разновидностям аддитивного поведения, «Аддиктивность», направленная на изучение склонности к агрессивному, асоциальному поведению и «Суицидальный риск» - на выявление склонности к суициду под воздействием факторов острого или хронического стресса. Исследование особенностей групповых процессов и социального статуса студентов в студенческом коллективе проводился с помощью метода социометрических процедур по количеству позитивных и негативных выборов [9]. Для оценки состояния обследуемого в текущий период времени, выявление лиц с нарушениями в коммуникативной, деятельностной и психосоматической сферах, для диагностики развивающегося утомления и переутомления при адаптации к условиям профессиональной деятельности использовался опросник «Сопровождение» [9].

Анализ изучения информированности курсантов военно-медицинского вуза по проблеме ВИЧ/СПИД и оценке факторов заражения ВИЧ показал, что 21,7% курсант имели в течение последнего года эпизоды рискованного поведения: половые контакты с наркопотребителями, партнерами своего пола, проститутками, несколькими лицами одновременно, после употребления алкоголя и множественные половые связи. При этом последняя группа риска в 75% случаях не пользовалась презервативами. Из выявленных факторов риска наиболее часто отмечалось, что 34,4% число лиц имеют множественные половые связи, 18,8% – половые контакты после употребления алкоголя, и 12,5% – не используют презервативы во время половых контактов.

При сравнительном анализе психологических особенностей курсантских коллективов, с преобладанием факторов «рискованного» поведения, с контрольной группой, было выявлено, что в группе «риска» статистически достоверно выше среднегрупповые показатели по продуктивности вербально-логического мышления (АН. П, $p < 0,05$) методики «Аналогии» и в тенденции выше показатели по шкале мании (Ма, $p < 0,1$) методики СМЛ. Более высокие показатели по шкале мании Ма (в пределах возрастной нормы) характеризуют более высокую активность деятельности, направленную в большей степени на процесс, а не на результат, отсутствие настойчивости

в достижении поставленных целей, оптимизм и легкость в принятии решений, определенную неразборчивость в социальных контактах. Преобладание показателей продуктивности вербально-логического мышления (АН.П), при одинаковой эффективности выполнения тестовых заданий также может характеризовать достаточно высокий темп принятия решений при относительно невысокой надежности их выполнения. Аналогичные тенденции наблюдаются и при сравнении группы курсантов, отметивших в анкете наличие половых контактов с несколькими партнерами одновременно. Кроме того, в этой же группе курсантов наблюдаются и более высокие показатели по уровню делинквентного поведения (ДП, $p < 0,05$) методики ДАП, что отражает наличие в данной группе признаков делинквентного поведения.

При сравнении группы курсантов, имевших половые контакты после употребления спиртного, с контрольной группой выявлены различия по продуктивности выполнения интеллектуальных тестов (ОИР.П, $p < 0,08$) и по шкале Mf ($p < 0,05$) методика СМИЛ. Более высокие показатели по шкале мужественность и женственность (Mf) в первой группе характеризуют более выраженную тенденцию к адаптации по «женскому» типу: пассивность личностной позиции, чувствительность, ранимость.

Группа курсантов, отмечавших наличие связей с лицами своего пола, характеризуется, с одной стороны, меньшим количеством «позитивных» выборов при социометрическом опросе ($p > 0,002$), а с другой стороны на субъективном уровне они больше удовлетворены своими социальными контактами и испытывают меньше затруднений в социальной сфере (К, шкала коммуникативности $p < 0,05$) анкеты «Сопровождение». В группе «риска» по этому фактору также наблюдаются более высокие показатели склонности к аддиктивному поведению (АП, $p < 0,05$) методики ДАП.

Таким образом, курсантский коллектив с преобладанием факторов рискованного поведения характеризуется: более высоким темпом выполнения интеллектуальных тестовых заданий, при относительно меньшей надежности их выполнения, склонностью к повышенной социальной активности, легкости принятия решений, недостаточно серьезной оценке последствий своих действий или поступков, а также более выраженным наличием признаков аддиктивного и делинквентного поведения. Это дает дополнительные возможности прогнозирования риска ВИЧ-инфицирования, а также планирование и проведение конкретных мероприятий по его профилактике.

Литература

1. Копыт Н.Я. Профилактика алкоголизма / Н.Я. Копыт, П.И. Сидоров – М.: 2006. – 220 с.
2. Реан А.А. Социальное сиротство в современной России / А.А. Реан, Ж.К. Дандарова, В.А. Прокопьева – М.: Фонд развития социальных инвестиций, 2002.
3. Онищенко Г.Г. Эпидемиология ВИЧ-инфекции на современном этапе и основные задачи по ее противодействию ее распространению // III Всероссийская научно-практическая конференция по вопросам ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. – Суздаль, 2003. – С. 2-5.
4. Шипицина Л.М. Социально-эмоциональные нарушения: школьная дезадаптация, средства диагностики и помощи // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: Материалы Всероссийской научно-практической конференции – М.: 1998 – С. 19-27.
5. Дереза В.А. Опыт организации учебной работы по вопросам профилактики наркологических заболеваний // Современные технологии обучения в последипломной подготовке специалистов (Сборник трудов к 15-летию факультета последипломной подготовки специалистов Оренбургской государственной медицинской академии) / В.А. Дереза, В.В. Карпец, В.В. Постнов, А.В. Карнец – Оренбург: ООО «Вестник Оренбургэнерго», 2001 – 356 с. – С.21-22. – 1000 экз.
6. Кулагин Б.В. Основы профессиональной диагностики / Б.В. Кулагин. – Л.: Медицина, 1984.- 216 с.
7. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик.- М.: Институт прикладной психологии, 1998.- 512 с.
8. Профессионально психологический отбор кандидатов в военно-учебные заведения Министерства обороны Российской Федерации. Методические рекомендации. М.: МО РФ, 1994, – 99 с.
9. Организация и проведение профессионального психологического отбора в военно-учебных заведениях МО РФ. – М.: МО РФ, ГВМУ МО РФ, 2002 – 288 с.

РОЛЬ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ТЕРАПИИ УРГЕНТНЫХ ПРИСТУПОВ ШИЗОФРЕНИИ

Цыганков Б.Д.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

На протяжении последних 20 лет в психиатрическую практику было внедрено значительное число новых нейролептических средств, объединенных под названием атипичные нейролептики (АН). Ожидаемым преимуществом этого класса по сравнению с типичными нейролептиками предполагалось развитие в процессе терапии больных шизофренией меньшего числа побочных эффектов и осложнений. В связи с тем, что экстрапирамидные расстройства при лечении АН представлены незначительно, предполагалась их эффективность в лечении больных фебрильной шизофренией и низкая вероятность развития злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС). Однако, клиническая практика показала, что применение АН как и ТН утяжеляет течение фебрильных психозов независимо от их генеза и может привести к развитию нейролептического осложнения (ЗНС). В связи с вышеперечисленным, сохраняется необходимость соблюдать клинико-патогенетические подходы к диагностике и терапии фебрильных (ургентных) приступов шизофрении, разработанные в конце 80 годов XX столетия. (Цыганков Б.Д. 1994) Выявленные клинико-психопатологические особенности течения приступов фебрильной шизофрении (ФШ) у 71 больного заключались в том что развитию ФШ в редких случаях предшествовал продромальный период с преимущественно астеническими расстройствами. Наряду с астеническими расстройствами имели место соматопсихические, гриппоподобные нарушения. Фебрильный приступ развивался крайне остро с быстрым достижением пика развития шизоаффективного приступа. Дофебрильный период был коротким, в среднем $3,1 \pm 0,6$ дня. В одних случаях он характеризовался аффективно-бредовой дереализацией и деперсонализацией, чаще же приступ манифестировал сразу же с кататонического возбуждения. Преобладало растерянно-патетическое возбуждение, импульсивное, гебфреническое и немое. Течение приступов, осложненных ЗНС у 67 больных, имело ряд характерных отличий от течения приступов фебрильной шизофрении. Дофебрильный период в группе больных с ЗНС был значительно продолжительнее. Развитию приступа, осложненного ЗНС, чаще свойственен был инициальный период, в основном определяющийся аффективными колебаниями, астеническими, соматопсихическими расстройствами. Длительность продромального периода не превышала 7 дней. Течение приступов шизофрении, предшествующее развитию ЗНС, у наблюдаемых больных в целом было довольно типичным (для приступообразно-прогредиентной и периодической форм течения шизофрении) ЗНС развивался в основном у больных при остром депрессивно-параноидном синдроме в различные сроки лечения нейролептиками (от 4 до 120 дней) на различных этапах регрессирующего течения приступа. В ряде наблюдений развитию ЗНС предшествовали маниакально-бредовые состояния, в том числе и острая парафрения. Первым признаком ЗНС, возникающим обычно еще до проявления лихорадочной реакции, было появление или усиление выраженности побочных экстрапирамидных симптомов, которые проявлялись как признаки акинетогипертонического синдрома. Возникновение ЗНС совпадало с резким обострением психопатологической симптоматики приступа по типу экстрапирамидно-психотического обострения. Фебрильный период ЗНС совпадал с появлением кататонических расстройств, которые становились ведущими в структуре приступов. Сочетание кататонической и экстрапирамидной симптоматики являлось характерной чертой, важной для ранней диагностики. Наиболее редким и тяжелым нейролептическим осложнением, тесно связанным с фармакогенным фактором, у 26 больных явилась генерализованная аллергическая реакция (ГАР). Среди изучаемых больных с развитием ГАР буллезный дерматит, представлявший собой облигатный критерий для отнесения больных к данному осложнению, возник и существенно утяжелил заболевание у (12,5%) больных ФШ. Исследование показало, что у этих больных в течение длительного времени, в среднем $14,8 \pm 3,9$ дней, проводили нейролептическую терапию в фебрильном периоде приступа. Там, где при ФШ нейролептическая терапия в указанном периоде не проводилась, ни в одном случае не было отмечено развития буллезного дерматита. Приступы ФШ, осложненные буллезным дерматитом, большей частью являлись повторными, со значительным периодом лечения нейролептиками и в предшествующих приступах. Вторую подгруппу составляли больные с нефебрильным течением приступов до развития ГАР (19,2%) от числа всех больных с нейролептическими осложнениями в данном исследовании. В предшествующих приступах, до развития ГАР, у больных отмечалась плохая переносимость психофармакотерапии с быстрым появлением, несмотря на корректоры, экстрапирамидных побочных эффектов, транзиторных экстрапирамидно-психотических обострений, кожных аллергических реакций, исключая буллезные. Течению приступов до ГАР были свойственны закономерности, характерные в 1-й подгруппе для больных фебрильной шизофренией, а во 2-ой подгруппе - для больных с ЗНС. Исходя из этого, можно считать, что ГАР и ее специфическое проявление – буллезный дерматит – может в равной степени включаться в клиническую картину обоих фебрильных состояний – ФШ и ЗНС. Буллезные высыпания возникали в различные сроки от 3 до 30 дней с момента развития ГАР и появления температуры. С появлением булл в обеих подгруппах стирались различия в психопатологической динамике приступов. Нарушения в соматической сфере у больных с ФШ, ЗНС и ГАР оказались многообразными, взаимосвязанными между собой и с психопатологическими проявлениями фебрильных приступов, причем, характер взаимосвязей практически не зависел от генеза фебрильных приступов. На основании клинических и лабораторных данных были выделены следующие основные синдромы: вегетативный, водно-электролитный, гемодинамический, кардиоваскулярный и метаболический, отмечаемые в соматической сфере в динамике развития фебрильного приступа. В настоящем исследовании была при-

менена новая терапевтическая тактика ведения больных с фебрильными приступами с учетом получения данных о их патогенезе и характере нарушений в соматической сфере. Основное воздействие в фебрильный период приступа было направлено на коррекцию конкретных нарушений в соматической сфере с использованием методов интенсивной инфузионной терапии и экстракорпоральной детоксикации при полном отказе от применения нейролептиков. У больных с ЗНС и ГАР дополнительно проводилась терапия, направленная на коррекцию экстрапирамидных расстройств с использованием форсированного диуреза, холинолитических корректоров, ноотропов. С появлением булл к проводимой терапии присоединялись кортикостероидные препараты (ограниченность в показаниях кортикостероидов связана с их иммунодепрессивным действием), десенсибилизирующая терапия. Наряду с этим в ряде случаев проводилась ЭСТ. Для правильного ведения больных необходимо использовать выявленные в исследовании клинические и биологические предикторы, позволяющие прогнозировать развитие фебрильных приступов как спонтанных, так и ятрогенных, а также правильно их квалифицировать. Кроме того, как показало исследование, адекватность и эффективность проводимых терапевтических мероприятий у психически больных с ургентными состояниями может быть обеспечена только при создании организационных условий для интенсивной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

Чепракова В.А., Курасов Е.С., Шамрей В.К., Перстнев С.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Современные достижения медицины последних десятилетий во многом обусловлены стремительным развитием фармакологии и появлением новых, более эффективных лекарственных препаратов. Разработка новых фармацевтических средств осуществляется совместными усилиями многих отраслей науки. При этом создание нового препарата представляет собой ряд последовательных этапов, каждый из которых должен отвечать определенным положениям и стандартам, утвержденным регулируемыми органами – Департаментом государственного регулирования обращения лекарственных средств Министерства здравоохранения и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. В целом же разработка новых лекарственных средств – сложный процесс, который способен, с одной стороны, повысить качество лечения, а с другой – привести к ухудшению здоровья пациента и негативному отношению общества при ненадлежащем проведении современных клинических исследований. В связи с этим, грамотная с научной, этической и правовой точки зрения организация клинических исследований является одной из составляющих успеха выведения препарата на фармацевтический рынок и его дальнейшего эффективного применения.

Цель исследования. Провести анализ современной литературы по вопросам соблюдения принципов доказательной медицины и медицинской этики при проведении клинических исследований в психиатрии.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время каждое клиническое исследование имеет два уровня этических обязательств: 1) обязательства перед пациентами и защита их прав (в особенности, так называемого, «уязвимого» контингента, к которому относятся, в том числе, больные с психическими расстройствами); 2) обязательства перед обществом по созданию наиболее эффективного метода лечения. Однако высокая цель поиска нового метода или препарата не может оправдать неэтичные способы или средства ее достижения. Результаты клинических исследований, полученные и опубликованные с нарушением этических норм, не могут быть использованы для принятия решения о выпуске нового лекарственного препарата и его дальнейшего применения.

Наряду с этим, одним из ключевых принципов таких исследований является их достоверность. Нередко в медицинской литературе сообщается о больших и трудоемких исследованиях, результаты которых при внимательном рассмотрении нельзя считать достоверными. Это связано с недооценкой значения выполнения современных методических требований к научным клиническим исследованиям. Одним из них является проведение контролируемых клинических испытаний – ККИ (Controlled Clinical Trials, CCT). ККИ являются наиболее научно обоснованным способом получения достоверных результатов. При их проведении используются методы контроля, позволяющие получать объективные данные:

- сравнительные исследования (Comparative Study);
- рандомизация (Randomization);
- ослепление исследования (Blinding Masking).

Подчеркивается, что в основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения в клинических исследованиях. Под практикой же доказательной медицины понимают использование данных, полученных из ККИ, в повседневной клинической работе врача [1,3].

Как известно, современный процесс создания новых лекарственных препаратов выполняется в соответствии с международными стандартами: GLP (Good Laboratory Practice – Качественная лабораторная практика), GMP (Good Manufacturing Practice – Качественная производственная практика) и GCP (Good Clinical Practice – Качественная клиническая практика). Интегральным знаком соответствия разрабатываемого нового лекарственного средства этим стандартам является разрешение процесса его дальнейшего исследования – Investigation New Drug, для которого чрезвычайно актуально соблюдение международных этических принципов. В статье 29 Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации [1] сказано: «Польза, риски, неудобства и эффективность нового метода должны оцениваться в сравнении с лучшими на текущий момент профилактическими, диагностическими и терапевтическими методами. В тех случаях, когда не существует апробированного профилактического, диагностического или терапевтического метода, возможно использование в исследованиях групп сравнения с плацебо, либо с отсутствием лечения».

Однако, проведение плацебо-контролируемых исследований даже при существовании доказанной терапии может быть оправдано с этической точки зрения при наличии следующих обстоятельств: когда существуют непреодолимые научно-обоснованные методологические причины необходимости использования плацебо для определения эффективности либо безопасности исследуемого профилактического, диагностического или терапевтического метода, или когда профилактический, диагностический или терапевтический метод применяется в исследованиях с незначительным ухудшением здоровья и состояния, а применение плацебо не приведет к повышению риска причинения серьезного, либо необратимого ущерба здоровью.

Известно, что при проведении клинических исследований эффективность исследуемого препарата часто сравнивают с плацебо в сопоставимых группах больных по полу, возрасту, длительности и тяжести заболевания. Распределение пациентов по группам (рандомизацию) и лечение проводят одновременно двойным слепым методом. При этом не только больной, но и его лечащий врач не знают, получает ли пациент исследуемый препарат или плацебо (полную информацию имеет лишь третье лицо – представитель компании-разработчика). Двойной слепой метод позволяет исключить влияние предвзятости на результаты лечения, т. к. врач не только не может оказывать психологическое воздействие на больного, но и недостаточно объективно оценивает эффект терапии.

В настоящее время при проведении клинических испытаний к плацебо-контролируемым исследованиям предъявляются особые требования:

1. Информирование пациентов об использовании в исследовании плацебо, возможности их попадания в плацебо-группу и получения менее эффективного лечения, что позволит избежать обвинения во введении в заблуждение участников исследования.

2. Контроль психологических аспектов участия в клиническом исследовании.

3. Бдительность в отношении нежелательных явлений, правильная оценка частоты их возникновения.

4. Значительный опыт и квалификация врачей-исследователей, которые ставят во главу угла здоровье пациентов, открыто и подробно объясняют им все особенности исследования с акцентом на возможные побочные эффекты.

5. Корректная интерпретация полученных данных, которая позволит сделать правильные выводы об эффективности и безопасности лекарственного средства.

Особое значение имеет этический аспект интерпретации результатов клинических исследований на специализированных сайтах, в журнальных публикациях и профильных монографиях. При этом, зачастую, имеет место явное и скрытое влияние законных интересов спонсоров исследования на его результаты, приводящее к тому, что эти данные часто оказываются сомнительными, а также отмечается тенденция предания гласности лишь положительных результатов исследований, игнорирования и «замалчивания» отрицательных.

По мнению Президента Всемирной психиатрической ассоциации М. Мај [5] в мета-анализах используют лишь наиболее благоприятные результаты исследований. В связи с этим, у подобных работ имеется в два раза больше шансов быть опубликованными в более престижных и, соответственно, в более цитируемых изданиях. Также существует тенденция многократно публиковать одни и те же результаты, а по-разному оформленные оригинальные статьи часто являются лишь пересказом других источников (репринты). При этом упоминаются только те публикации, которые подкрепляют определённые выводы. Таким образом, список источников в научных сообщениях часто создает неверное, подчас завышенное представление о значительно большем количестве клинических исследований, чем было проведено фармацевтическими компаниями на самом деле.

Приведенную информацию подтверждают следующие факты. Так, в 1999 г. «The Washington Post» опубликовал статью в которой говорится, что компания «AstraZeneca», производящая нейролептик сероквель (кветиапин), представила данные на конференции Американской психиатрической ассоциации и на психиатрической конференции в Европе о том, что разработанный препарат помогает пациентам, страдающим шизофренией, избежать увеличения массы тела. Этот вывод был сделан на основе спонсированного «AstraZeneca» исследования, проводившегося чикагским психиатром, который изучил отчёты по 65 пациентам, получавшим сероквель после других антипсихотиков. Тем не менее, ретроспективный анализ данных показывает, что «AstraZeneca» не вполне доверяла методам этого специалиста. При этом, еще в 1997 г. по итогам исследования, которое получило название «Trial-15», стало известно, что сероквель вызывает клинически значимое увеличение массы тела, однако данные этого исследования были скрыты компанией [9].

В работе С. Barbu и соавт. [4] приводится еще одно подобное наблюдение. На ежегодной встрече Американской психиатрической ассоциации врач-эксперт Д. Хили упомянул о тщательно скрываемых данных исследований по использованию нейролептика зипрекса (оланзапин), согласно которым этот препарат может вызывать диабет. Сообщив о своих безуспешных попытках опубликовать замалчиваемые данные о клинических испытаниях в журналах, отказывавших ему в публикации, Д. Хили также отметил наличие других сведений, согласно которым риск самоубийства у принимающих другой класс препаратов – антидепрессанты – гораздо выше, чем указывалось прежде в аналогичных открытых источниках.

В комментарии к докладу рабочей группы Collegium Internationale NeuroPsychopharmacologicum «Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств» Д. Хили писал: «Доклад одобряет позицию, согласно которой относительно скромное преимущество по сравнению с плацебо в отобранном числе клинических исследований означает, что антидепрессанты работают. В исследованиях не всегда осуществляется отбор. Ложным представляется подход, когда из 10 пациентов берут 5, отвечающих на эти антидепрессанты, и сравнивают с 4, отвечающими на плацебо, оценивая преимущество по данным рейтинговой шкалы, и заключают, что «препарат работает». Когда сопоставляют 50% ответа на антидепрессанты против 40% ответа на плацебо, не учитывают, что ответ на антидепрессант в 80% случаев зависит от ряда неспецифических факторов. Мы не в состоянии квалифицировать вклад различных неспецифических факторов, в то время как с готовностью квалифицируем специфическое влияние лекарств. Между тем оно отражает только 20% специфического ответа» [6].

В исследовании М. Angell [3] был произведен анализ ряда клинических исследований антидепрессантов (в том числе тех из них, данные о которых не попали в печать, так как в них были получены нежелательные резуль-

таты) и было обнаружено, что результаты большинства исследований являются отрицательными. Средняя разница между препаратами и плацебо составила лишь 1,8 балла по шкале депрессии Гамильтона, что является малозначимым для клинической практики. Тем не менее, поскольку исследования с положительными результатами широко публиковались, а отрицательные данные скрывались, общественность и медицинские работники пришли к убеждению, что эти препараты являются высокоэффективными.

В 2008 г. был проведен анализ как опубликованных, так и неопубликованных исследований действия 12 антидепрессантов. Данные этих исследований были предоставлены авторам анализа Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA). Было установлено, что 94% из публиковавшихся ранее испытаний показали преимущество антидепрессантов в сравнении с плацебо. Однако, рассмотрев результаты публиковавшихся и не публиковавшихся испытаний, E.H. Turner и соавт. [7] обнаружили, что лишь около 51% из них имеют такое преимущество. Из 74 рассмотренных исследований только 38 имели положительные результаты, и почти все они были опубликованы. Исследования же с отрицательными или сомнительными результатами оказались по преимуществу либо не напечатанными (22 исследования), либо опубликованными с искажением результатов, в результате чего они представляли как позитивные (11 исследований).

Систематизированный обзор 29 опубликованных и 11 неопубликованных клинических исследований, выполненный C. Barbui и соавт. [4] показал, что один из наиболее популярных и часто назначаемых антидепрессантов – пароксетин – не превосходит плацебо в отношении общей эффективности и переносимости лечения. В связи с повышенным риском самоубийства на фоне его назначения больным депрессией было подано несколько десятков судебных исков против производящей этот препарат компании GlaxoSmithKline. Юристам пострадавших сторон удалось получить доступ к внутренней документации компании и сделать в результате её изучения вывод, что корпорация ещё в 1989 году имела сведения о восьмикратном повышении риска самоубийства при приёме её препаратов [2].

Международными этическими принципами научных публикаций, утвержденными Международной ассоциацией научных, технических и медицинских издателей и кодексом Комитета по этике научных публикаций рекомендуется: «Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам комитета по экспериментам на человеке (созданного в составе учреждения, в котором выполнялась работа) или Хельсинской декларации. При наличии сомнений в соблюдении Хельсинской декларации авторы должны обосновать целесообразность подобного подхода и доказать, что он одобрен местным комитетом по экспериментам на человеке. При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям и национальным законам».

Заключение. Стремительно развивающиеся в последние десятилетия дорогостоящие клинические исследования новых лекарственных препаратов сталкиваются с очевидной проблемой: вывести на фармакологический рынок новое лекарственное средство с «благополучной репутацией» и, в определенной степени, подтвержденной клинической эффективностью, или представить на рассмотрение практикующих врачей всю информацию о наблюдавшихся в период разработки лекарства нежелательных (в т. ч. серьезных) явлениях. В этой связи особую актуальность приобретает соблюдение врачами-исследователями принципов доказательной медицины и этики клинических испытаний, определенных Международными правилами. Приверженность к такому подходу, а также активное взаимодействие с локальными этическими комитетами учреждений позволит повысить эффективность и безопасность новых лекарственных средств.

Литература

1. Хельсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации. Этические принципы при проведении медицинских исследований с привлечением человека. // Медицинская этика. – 2014. – № 1 (2), С.3-6.
2. Did GSK trial data mask Paxil suicide risk? // New Scientist magazine. – 2008. – Vol. 2. – P. 12.
3. Angell, M. The Illusions of Psychiatry / M. Angell // The New York review of books. – 2011. – Vol. 58, № 12. – P. 43 – 55.
4. Barbui, C. Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from randomized trials / C. Barbui, T. Furukawa, A. Cipriani // CMAJ. – 2008. – Vol. 178 (3). – P. 296 – 305.
5. Maj, M. The WPA Action Plan 2008-2011 / M. Maj // World psychiatry. – 2008. – Vol. 7 (3). – P. 129 – 130.
6. Szalavitz, M. Pharmaceuticals psychiatrist contends the field is committing professional suicide // M. Szalavitz. – Time. – 2012. – № 10. – P.2.
7. Turner, E.H. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy / E.H. Turner, A.M. Matthews, E. Linardatos [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 358, № 3. – P. 252.
8. Vastag, B. Hidden data show that antipsychotic drugs are less effective than advertised / B.Vastag // The Washington Post – 21.03.2012.
9. Vedantam, S.A. Silenced drug study creates an uproar / S.A.Vedantam // The Washington Post. – 18.03. 2009.

ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шамрей В.К., Колодин С.Н., Курасов Е.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Изучение современных подходов к оказанию медицинской помощи больным с психическими расстройствами свидетельствуют, что в последние годы заметно возросла роль и значение духовно-ориентированной психотерапии, в основе которой лежат принципы духовного окормления душевнобольных, основанные на традициях православной этики. Во многом этому способствовали появившиеся и оказавшие значительное влияние внешние, не свойственные нашей культуре информационные потоки, как правило носящие эгоцентрический, гедонистический, агрессивный и оккультный характер.

В выступлении Святейшего Патриарха Кирилла, состоявшемся 18 ноября 2014 г. на Международном съезде православной молодежи, были выделены следующие угрозы современного общества: информация и ее влияние на духовность человека; стремление к удовольствиям и к комфорту [5].

О духовном неблагополучии современного российского общества свидетельствует рост (в постсоветский период) числа самоубийств, чему способствовали разрушение шкалы мировоззренческих координат и утрата традиционных ценностных ориентиров [2].

Институт семьи также подвергся массовой информационной атаке, деструктивные последствия которой все более очевидны в последние десятилетия (потеря семейных ориентиров, на смену которым пришли «достаток», «свобода», «успех»). Выраженное негативное воздействие оказывает и «сексуализация общества», которая, во многом, стала основой нравственной деформации молодежи. Данный фактор способствует формированию и увеличению дисгармоничных личностей и психического инфантилизма в обществе. Наряду с этим усугубляется проблема патологических зависимостей (алкогольной, наркотической, игровой).

Поэтому не случайно, что в последние годы при многих медицинских учреждениях все чаще строятся и воссоздаются Храмы, священнослужители которых в своей повседневной деятельности активно взаимодействуют с лечащими врачами и участвуют в лечебном процессе и реабилитации больных.

Рядом авторов отмечается, что обращение к духовно-ориентированной терапии, основанной на Православной религии, решает задачи психопрофилактики, психогигиены, лечения и реабилитации человека [3,4,6,7]. Мировоззренчески религия наделяет человека высшим трансцендентальным смыслом существования, аксиологически – прививает ему ценности общежительского бытия, этически – устанавливает координаты добра и зла (нормы и патологии), регуляционно – сакрализирует в виде традиций оптимальные нормативы функционирования соответствующей культурной общности [2].

Анализ литературных источников свидетельствует, что первым отечественным «пособием по психотерапии» можно считать «Путь ко спасению» святителя Феофана (Говорова) Затворника (1815-1894), написанное еще во второй половине XIX в. [4,8]. Христианская жизнь в нем была систематично представлена как метод преодоления личностных проблем, разрешения психотравмирующих ситуаций и коррекции неадекватных (нерациональных) установок.

По образному определению греческого архимандрита Иерофея (Влахоса), «именно Православие ... располагает большим «психотерапевтическим потенциалом» или, вернее, само Православие по существу является медицинской наукой. Ведь все средства, которыми оно пользуется, да и сама его основная цель заключается в том, чтобы исцелить человека и направить его к Богу» (Архимандрит Иерофей, 1985) [1, 3].

Говоря о православной духовно-ориентированной психотерапии, следует различать две ее формы: научно-практическую (собственно медицинскую) и церковную (духовную) [4]. В первом случае все виды помощи осуществляются профессиональными врачами в диапазоне существующих психотерапевтических и психокорректирующих мероприятий. Во втором случае речь идет о таинствах психотерапевтического воздействия, практике церковного душепопечения, обрядов и дисциплин, установленных с апостольских времен и развитых в святоотеческий период.

В своих трудах священник Д. М. Байбаков (до принятия сана получивший образование врача-психиатра) отмечал, что ритмическая структура всей церковной службы, участие в ней певчих, всей паствы, эмоциональная насыщенность – все подчинено единой цели: очищению души, а на языке динамической психотерапии – разрядке отрицательных аффектов и катарсису. В свою очередь русский философ и священник Павел Флоренский (1882-1937) рассматривал ритм, темп и интонацию как древнейшие и существенные части богослужения [9]. И если ритм, тема и интонация соблюдены, то это производит очищающее воздействие на душу людей. При этом можно отметить, что указанные феномены представляют собой не что иное, как неспецифические факторы психотерапии.

В целом, в перечисленных трудах подчеркивается, что задача православной психотерапии – привести страждущего к покаянию через осознание им психологических (страстных) механизмов болезни, активизацию значимых эмоциональных переживаний, пробуждение резервных (ресурсных) возможностей, по сути, саногенетического потенциала личности.

В период стационарного лечения христианская жизнь представляется как способ преодоления личностных проблем, разрешения психотравмирующих ситуаций и коррекции неадекватных реакций. При этом создается устойчивая матрица информационной безопасности, которая представляет собой морально-этические установки, основанные на ново- и ветхозаветном писании.

Важное место духовно-ориентированная психотерапия занимает в лечении и реабилитации пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), связанные с катастрофами, травматическими ситуациями, боевыми действиями, а также в решении проблем, связанных с адаптацией участников боевых действий после возвращения их к мирной жизни (ситуации непонимания, отчужденности, неприятия окружающими возвратившихся ветеранов боевых действий [3]).

В данной связи также стоит особо отметить проблему аддиктивных расстройств, коморбидных ПТСР, которые широко распространены среди таких лиц. Особенность данной патологии заключается в том, что злоупотребление алкоголем и другие виды химических аддикций являются своеобразным «психическим анальгетиком». В результате у таких пациентов снижается интерес к повседневной жизни: сосредотачиваясь на прошлом, происходит фиксация на психической травме. При этом создается характерный для ПТСР замкнутый круг: отсутствие перспектив – отсутствие ожиданий – отсутствие желания жить. Применение духовно-ориентированной психотерапии у таких пациентов заново определяет духовно-нравственные приоритеты, формирует конструктивные модели (копинг-стратегии) поведения, а опосредованно – развивает собственную активность пациента.

В последнее время в клинике психиатрии Военно-медицинской академии накоплен значительный опыт применения духовно-ориентированной психотерапии у больных с психическими расстройствами. С декабря 2007 г. в восстановленном Храме во имя иконы Божией Матери «Утоли моя печали» регулярно проводятся богослужения и духовное окормление пациентов. В Храм приходят врачи, персонал, пациенты клиники, их близкие и родственники, а многие пациенты, посещавшие Храм во время лечения, стали его постоянными прихожанами. При этом сохраняется преемственность в лечебно-реабилитационном процессе. Кроме регулярных богослужений, в Храме проводятся еженедельные библейские занятия, также для прихожан и пациентов клиники скомплектована библиотека духовной литературы.

Православный опыт помощи пациентам в клинике психиатрии Военно-медицинской академии убедительно свидетельствует о первичности духовно-нравственного начала в человеке и, как следствие, важности использования духовно-ориентированной психотерапии в лечебном процессе. Духовно ориентированная терапия позволяет существенно повысить терапевтический эффект и добиться его большей стабильности, особенно у пациентов с т.н. социально-обусловленными психическими заболеваниями (неврозы, наркомании, алкоголизм и др.). Следует особо отметить, что никакие медицинские препараты и психотерапевтические приемы не будут эффективны, если пациент с психическим расстройством не идет путем духовного оздоровления, что влечет за собой изменение всего образа жизни. А это становится возможным только тогда, когда человек поднимается над собственным духовным невежеством, работает над преображением своей души, конструктивно меняет себя и свое мировоззрение, активно соучаствуя в лечебно-оздоровительном процессе.

Таким образом, использование духовно-ориентированной психотерапии в системе оказания помощи пациентам с психическими расстройствами позволяет увеличить адаптивные возможности пациентов и способствует увеличению периода ремиссии хронических психических расстройств, снижению риска возникновения их рецидива, формированию более здорового климата как во внутрисемейных отношениях, так и социуме, появлению положительной мотивации и повышению саногенетического потенциала для своего личностного развития.

Литература:

1. Александр Гуревич. Иерофей (Влахос), митр. Православная психотерапия. – Сергиев Посад: Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2004. – 367 с.
2. Багдасарян В. Э., Сулакшин С. С. Высшие ценности Российского государства. – М.: Научный эксперт, 2012. – 624 с.
3. Духовно-нравственная и социальная реабилитация комбатантов с аддиктивными расстройствами, коморбидными с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). – Учебно-методическое пособие. – СПб.: ВМедА, 2007. – 136 с.
4. Духовно-ориентированная психотерапия патологических зависимостей / Под. Ред. Проф. Г. И. Григорьева. – СПб.: ИИЦ ВМА, 2008. – 504 с.
5. Кирилл, Святейший Патриарх Московский и всея Руси. Выступление на открытии Международного съезда православной молодежи // [Электронный ресурс] URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/3845271.html>.
6. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни. – М.: Свято-Филаретовская Московская высшая православно-христианская школа, 1997. – 162 с.
7. Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма и наркоманий // Руководство по психотерапии. – Ташкент: Медицина, 1979. – С. 447-472.
8. Феофан Затворник, святитель. Наставления в духовной жизни. – М.: Отд. Моск. Патриархата, 1994. – 188 с.
9. Флоренский П. А. Вопросы религиозного самопознания. – М.: АСТ, 2004. – 240 с.

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В.П. ОСИПОВА В КАЗАНИ

Шамрей В.К., Чудиновских А.Г.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт Петербург

В апреле 2015 года исполнилось 100 лет с того дня как профессор Виктор Петрович Осипов покинул Казанский университет в котором он возглавлял кафедру психиатрии в связи с избранием его начальником кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, которой он руководил более 30 лет. В.П. Осипов выдающийся отечественный психиатр, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент АН СССР, действительный член АМН СССР, генерал-лейтенант медицинской службы. Он возглавлял военную психиатрию не только в Первую мировую, но и в Великую Отечественную войну. Наряду с кафедрой В.П. Осипов с 1927 года до конца жизни руководил созданным В.М. Бехтеревым Институтом мозга.

Цель исследования. Целью исследования явилась оценка научной деятельности В.П. Осипова в период 1906 – 1915 годов, когда он возглавлял кафедру психиатрии Казанского университета.

Материалы и методы. В исследовании были использованы материалы Санкт-Петербургского филиала архива Российской академии наук, Центрального государственного архива Санкт-Петербурга, Центрального государственного исторического архива Санкт-Петербурга, Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации, Центрального государственного архива кинофотофонодокументов Санкт-Петербурга, Российской национальной библиотеки, Фундаментальной библиотеки Военно-медицинской академии, музея Военно-медицинской академии, а также семейного архива В.П. Осипова.

Результаты и их обсуждение. Первая вступительная лекция, которую прочел В.П. Осипов студентам Казанского Университета, называлась «Профилактика душевных расстройств в связи с их этиологией». Она была достаточно политизирована, поскольку революция в России еще продолжалась. Причины психических заболеваний, о которых упоминал Виктор Петрович, сохраняют свою актуальность более чем через 100 лет. Среди них В.П. Осипов называет социально-экономический строй государства, расслоение общества на узкий круг богачей и основную массу народа, ведущую нищенское существование, произвол полицейского режима, крайнюю степень эксплуатации народных масс. Вредное влияние цивилизации он усматривал в сосредоточении громадных масс людей в крупных городах, приводящему к развитию тяжелой борьбы за существование, распространению алкоголизма и наркомании.

В 1907 году В.П. Осипов прочел лекцию на тему: «Можно ли говорить о физиологическом слабоумии женщины?», в которой он вступил в полемику с доктором Паулем Дж. Мебиусом из Лейпцига. В.П. Осипов отверг «доказательства» Мебиуса, что женщина является физиологически слабоумным существом и показал, что ум женщины обладает всеми свойствами, необходимыми для интеллектуальной деятельности.

В Казани В.П. Осипов провел сравнительное наблюдение действия на центральную нервную систему токсинов ботулизма, тетануса, дифтерии, стрептококка и яда бешенства. Выяснение специфики действия на организм различных токсинов имело важное практическое значение, так как этим путем предполагалось найти ключ к выяснению генеза некоторых душевных заболеваний эндогенной этиологии, а также и к их лечению антинейротоксином. В научных исследованиях ему активно помогали сотрудники кафедры, которых Виктор Петрович сумел сплотить в творческий научный коллектив.

В работе «К дифференциальному распознаванию нервной формы одеревенелости позвоночника» В.П. Осипов проанализировал развитие заболевания и пришел к выводу, что одеревенелость позвоночника нервного происхождения резко отличается от анкилозирующего воспаления позвоночника и больших суставов и что дифференциальное распознавание этих форм всегда возможно и необходимо.

В следующем исследовании описанный Виктором Петровичем симптом фотографического чтения вслух рассматривался им как один из феноменов кататонического симптомокомплекса, где подражательные движения нередко являются составной частью указанного синдрома.

В 1907 году была опубликована монография В.П. Осипова «Кататония Kahlbaum'a». Она стала широко известна не только в России, но и за рубежом.

С 27 декабря 1909 года по 5 января 1910 года в Москве проходил III съезд отечественных психиатров. В.П. Осипов выступал на съезде с докладом «Основы распознавания и классификации душевных болезней». В своей речи он указал, что принципы классификации душевных болезней недостаточно развиты, в настоящее время не представляется возможным осуществить единство этих принципов, остается рассчитывать на создание более совершенной классификации, основанной на множественном смешанном принципе.

В статье «О политических или революционных психозах» В.П. Осипов сделал попытку выяснить вопрос о влиянии на душевную заболеваемость острых революционных периодов.

Об общем уровне культуры В.П. Осипова говорит его работа, посвященная вопросам древней истории. В этой статье он установил исторический факт, что современное учение о маниакально-депрессивном психозе, вытекающее из клинического сочетания меланхолического и маниакального состояний, сближающее и роднящее эти состояния, рассматривавшиеся долго как самостоятельные формы, являются, в сущности, результатом запоздалой разработки наблюдений и взглядов, отчетливо и ясно запечатленных Ареетем Каппадокийским почти за 19 веков до нашего времени.

В Казани Виктор Петрович вел большую общественную работу. Он был одним из основателей Народно-го университета, членом правления комитета Российского общества Красного Креста в Казанском университете. В 1909 году медицинская секция Казанского общества народных университетов избрала Виктора Петровича своим председателем. Во время пребывания в Казани В.П. Осипов являлся ответственным редактором основанного еще В.М. Бехтеревым журнала «Неврологический вестник». Интересы педагогики были настолько близки В.П. Осипову, что он возродил при Казанском университете угасшее Педагогическое общество и возглавил его. Все девять лет пребывания в Казани Виктор Петрович руководил студенческим медицинским научным обществом – оно имело свою аудиторию, большую библиотеку по специальности и библиотеку художественной литературы, а также читальный зал. В этот период времени это была самая большая организация студенчества в Казанском университете. Он состоял членом Общества помощи бедным студентам, участвуя как в сборе денежных средств, так и в их распределении.

Свою лечебную деятельность в Казани В.П. Осипову пришлось начать с организации психиатрической помощи. Его прибытие в Казань совпало с тем, что с 1906 года положение больных в окружной психиатрической больнице резко ухудшилось. Ему удалось исправить это положение и кроме того за время работы Виктора Петровича в Казани и при его непосредственном участии была выстроена психиатрическая клиника, что значительно улучшило преподавание душевных болезней. В 1914–1915 годах Виктор Петрович исполнял обязанности декана медицинского факультета Казанского университета. Он обновил и заново перестроил работу университета по воспитанию молодых врачей. Много труда и энергии он отдал Казанскому обществу невропатологов и психиатров, которое возглавлял в течение ряда лет.

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что научная деятельность Виктора Петровича Осипова на посту профессора кафедры психиатрии Казанского университета была чрезвычайно плодотворной и выдвинула его в число ведущих психиатров России. За время работы в Казанском университете «за отлично-усердную и ревностную службу и особые труды» он получил орден св. Анны третьей степени и орден св. Станислава второй степени.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Шамрей В.К., Чудиновских А.Г.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт Петербург

Опыт оказания психиатрической помощи военнослужащим во время Великой Отечественной войны является крайне поучительным, так как выявленные существенные недостатки в организации психиатрической помощи начального периода войны в значительной степени были обусловлены игнорированием опыта предыдущих войн, в частности, тех организационных принципов, которые были разработаны В.М. Бехтеревым и его сотрудниками еще во время русско-японской войны. Основными из них являются приближенность психиатрической помощи к передовым районам и преемственность в оказании психиатрической помощи.

Данные принципы были сформулированы в 1910 г. на III съезде отечественных психиатров в докладах П.М. Автократова [2], Х.Ш. Боришпольского [4], Л.М. Станиловского [18], Г.Е. Шумкова [24] и затем обобщены в работе В.М. Бехтерева «Война и психозы» [3]. Впрочем, игнорирование этих принципов, исходя из «военно-политической целесообразности», было характерным не только для Великой Отечественной, но также для первой мировой и гражданской войны. Так, в частности, к началу первой мировой войны считалось, что процент психических заболеваний, «в связи с запрещением употребления алкоголя», будет существенно ниже, чем в предыдущую русско-японскую войну, соответственно и необходимость оказания психиатрической помощи в условиях предстоящих боевых действий не предусматривалась [8]. Это привело к тому, что большая часть военнослужащих с психическими расстройствами эвакуировалась с фронта и в боевые порядки не возвращалась. Когда данная ошибка стала очевидной проблему безуспешно пытались решить «... с помощью Красного Креста», который на фронтах представляли лишь три «уполномоченных» [23].

Вместе с тем, в армиях западных стран в полной мере использовались разработанные отечественными психиатрами во время русско-японской войны принципы организации психиатрической помощи, в том числе ее приближенность к боевым порядкам. Так, в американских экспедиционных войсках в каждом армейском корпусе развертывался неврологический госпиталь для лечения легких случаев «военных неврозов» (2–3 недели лечения), для оказания неотложной помощи психически больным были сформированы так называемые «психиатрические коллектора» (отделения при военных госпиталях войскового района), а в штат дивизий вводились психиатры, подчиняющиеся непосредственно начальникам санитарных служб. Во французской армии также были организованы психиатрические отделения в армейских госпиталях и «тыловые неврологические центры», а в британских войсках (с 1916 г.) – армейские госпитали для больных «неврозами». При этом на территории Великобритании и Ирландии дополнительно (из состава гражданских медучреждений) создавались специальные приюты («asylum»). Много было сделано и для оптимизации психоневрологической помощи в немецких войсках. Достаточно упомянуть полевой «невропсихиатрический» госпиталь 5-й германской армии, который (за время позиционной войны под Верденом) имел 40 «наблюдательных» коек для психических больных и 80 – для больных неврологического профиля [26].

Во время гражданской войны не было даже попыток организовать психиатрическую помощь в войсках. Приказами Наркомздрава СССР психиатрическая служба в армии была практически ликвидирована, так как по представлениям руководства того времени «психических заболеваний в армейском коллективе в эпоху великих преобразований быть не должно», соответственно, и не виделось перспектив «в лечении психически больных и сохранении их для военной службы» [9]. Не случайно, что психические нарушения среди военнослужащих всячески нивелировалось, либо рассматривались как симулятивные и, нередко, «решались» революционными трибуналами. Врачи и командиры призывались к активной «борьбе с нервно-психическими заболеваниями», обсуждались вопросы дисциплинарной и даже уголовной ответственности «невротиков военнослужащих». Военнослужащие с психозами поступали в гражданские психиатрические больницы, а лица с пограничной психической патологией, в лучшем случае, направлялись в неврологические отделения военных госпиталей.

Не менее острой была кадровая ситуация, на грани ликвидации оказалась кафедра психиатрии Военно-медицинской академии, штаты которой были существенно сокращены, а подготовка специалистов для войск фактически прекратилась. От полного ее закрытия спас лишь авторитет Виктора Петровича Осипова (лечащего врача В.И. Ленина). Не случайно, что научные исследования в области военной психиатрии считались не актуальными и были, по сути, свернуты. Тем не менее, в 1934 г. вышел коллективный труд сотрудников кафедры «Психозы и психоневрозы войны» [14], который к моменту Великой Отечественной войны был практически единственным руководством подобного рода. Затем, уже в самом ее начале, в приоритетном порядке был выпущен новый кафедральный труд «Вопросы психиатрической практики военного времени» [11], сыгравший основную роль в подготовке психиатров в годы войны.

Осипов Виктор Петрович (1871–1947 гг.) – генерал-лейтенант медицинской службы, доктор медицинских наук профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент Академии наук СССР, академик Академии медицинских наук СССР. Во время Великой Отечественной войны вел консультативную работу в эвакуационных госпиталях Самарканда, развернул в одном из них отделение для воздушно-контуженных. Более 30 лет (1915–1947 гг.) руководил кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии. Награжден двумя орденами Ленина, орденом

Красного Знамени, двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденом Отечественной войны 1-й степени и четырьмя медалями.

Отсутствие кадрового заказа в предвоенный период крайне негативно отразилось на начальном этапе войны, когда стала очевидной острая нехватка военных психиатров. Опытных специалистов катастрофически не хватало, а те врачи, которые привлекались к оказанию психиатрической помощи, не всегда ориентировались в вопросах ее организации, военно-врачебной экспертизы и особенностей боевой психической патологии. Иллюстрацией кадрового дефицита является то, что, например, на Западном фронте (впоследствии разделенном на 1-й, 2- и 3-й Белорусские фронты) было всего два психиатра (А.М. Свядоц и А.А. Портнов), а на 1-м Украинском – один (В.Е. Макаров), который одновременно являлся и главным невропатологом фронта. Именно они и армейские психиатры взяли на себя основную тяжесть организационно-методической работы в войсках.

Свядоц Абрам Моисеевич (1914–2002 гг.) – доктор медицинских наук профессор. Во время Великой Отечественной войны служил психиатром 33-й армии на Западном фронте. В 1950 г. защитил в Военно-медицинской академии докторскую диссертацию «Острые психогении военного времени», которую выполнил под руководством В.П. Осипова.

Портнов Анатолий Александрович (1914–2006 гг.) – доктор медицинских наук профессор. Во время Великой Отечественной войны служил в должностях армейского психиатра, начальника психиатрического отделения фронтового госпиталя. С 1963 г. по 1969 г. – начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. Награжден двумя орденами Красной Звезды, орденом Отечественной войны 1-й степени, орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

Макаров Вениамин Ефимович (1900–1970 гг.) – полковник медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. В 1941 г. защитил докторскую диссертацию, посвященную вопросам организации психиатрической помощи в военное время. Во время Великой Отечественной войны главный невропатолог и психиатр 1-го Украинского фронта. Награжден орденами Ленина, Красного Знамени, Красной Звезды, Отечественной войны.

В этих условиях (с учетом острого дефицита кадров) особое значение приобретали труды кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, ориентированные на войсковых врачей такие как «Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача» [12]. Николай Николаевич Тимофеев (главный психиатр Красной Армии в годы Великой Отечественной войны), подводя итоги начального периода войны, выделил следующие основные проблемы [19]:

- при острой нехватке военных психиатров, многие из них (как из числа кадрового состава, так и призванные из запаса) не использовались по специальности;
- до 70% больных психиатрического профиля эвакуировались в глубокий тыл, хотя подавляющее большинство из них по своему состоянию могло лечиться в армейском или, в крайнем случае, во фронтовом районе;
- значительная категория этих больных, после прохождения через ряд этапов эвакуации, поступало на лечение в общехирургические и общетерапевтические госпитали, в которых отсутствовала специально организованная психиатрическая помощь;
- вследствие отсутствия такой помощи больные хронизировались и задерживались в госпиталях значительно больше необходимого времени;
- по тем же причинам негативными являлись исходы лечения (до 45% военнослужащих снимались с учета, до 30% – переводилось на нестроевую службу).

Тимофеев Николай Николаевич (1898–1978 гг.) – генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. В 1942 г. назначен главным психиатром Ленинградского фронта. С 1942 по 1968 г. – главный психиатр и судебно-психиатрический эксперт Минобороны СССР. С 1954 по 1956 г. – начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. Награжден орденом Ленина, двумя орденами Красного Знамени, многими медалями.

Иллюстрацией к изложенному могут служить выдержки из воспоминаний проф. А.А. Портнова (занимал должность армейского психиатра): «Во время войны я прибыл в 5-ю армию 3-го Белорусского фронта на должность армейского психиатра. Каково же было мое удивление, когда в руководстве медицинской службы армии мне заявили, что надобности в армейских психиатрах нет ... Здесь сказалось почти «бредовое» отношение к психическим расстройствам, как к чему-то позорящему социалистический строй. И, как следствие этого, сформировалось негативное отношение к психиатрии. Однако армейская жизнь вскоре показала, сколь необходима в условиях армейского района психиатрическая служба. Большое количество больных с психогенными заболеваниями невротического уровня отправлялись в глубокий тыл, что способствовало фиксации патологических состояний на неопределенное время, ... тогда как обычные психотерапевтические средства привели к тому, что никто с невротическими реакциями не отправлялся в тыловые учреждения. Как правило, достаточно было одного – двух дней для того, чтобы добиться выздоровления и выписать солдата в запасный полк» [8].

Таким образом, основным недостатком начального периода войны явилось отсутствие кадров и специализированных психиатрических отделений. Это привело к тому, что практическая психиатрическая помощь в действующих частях ограничивалась эвакуацией больных из армейского и фронтового районов в тыловые госпитали страны, при этом половина из них затем признавались негодными к военной службе и были сняты с воинского учета. Наиболее значительную категорию пострадавших психиатрического профиля, при этом, составляли так называемые «контуженные», включавшую самые разнородные контингенты больных: «перенесших коммюцию,

контузию, эмоциогенный шок, реакцию страха, реактивное состояние, декомпенсированные психопаты, невротики и т.д.» [9]. Следует отметить, что термин «контузия» являлся широким, обобщающим и, скорее не столько клиническим, сколько организационным понятием, применявшимся только в советской армии. Многообразие клинических проявлений у «контуженных» вызвало существенные диагностические трудности у войсковых врачей и справедливые сомнения в целесообразности использования данного термина у специалистов. Так, в частности, известные военные невропатологи М.И. Аствацатуров и С.И. Карчикян [7] высказывались о нежелательности его употребления, как «лишенного четкого клинко-анатомического содержания». Аналогичного мнения придерживались и некоторые военные психиатры (С.П. Рончевский) [16], иронически называя таких больных «skonфуженными». Вместе с тем, использование данной диагностической категории имело все же определенное обоснование, так как определяло направление эвакуации и объем медицинской помощи на ранних этапах ее оказания. Возможно, что при более детальной дифференцировке данных расстройств военнослужащие с различными проявлениями «боевого стресса» (паническими реакциями и т.д.) могли легко оказаться в сфере внимания немедицинских органов. Маскируя различные по своей природе психические расстройства единым лечебно-организационным понятием («контузия»), отечественные военные психиатры проявляли высочайший гуманизм (спасая значительное число лиц с «боевым стрессом» от возможных репрессивных мер) и обеспечивали, при этом, функционирование этапной системы оказания психиатрической помощи нуждавшимся. Так, в частности, Н.Н. Тимофеев указывал, что «лица, перенесшие реакции боевого стресса («контузии»), впоследствии, в своем подавляющем большинстве, возвращались в строй, составляя наиболее боеспособный контингент» [19].

Аствацатуров Михаил Иванович (1877–1936 гг.) – доктор медицины профессор, заслуженный деятель науки РСФСР. В 1917 г. избран по конкурсу на должность профессора кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии, которой руководил до конца своей жизни. Вышедшее в 1935 г. под его редакцией первое отечественное «Руководство по военной неврологии» закрепило за ним славу основоположника отечественной военной неврологии.

Карчикян Степан Иванович (1890–1965 гг.) – генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. С 1948 по 1962 г. – начальник кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии и главный невропатолог СА. Участник 4-х войн. Под его руководством написаны основные разделы 26-го тома труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»

Рончевский Сергей Петрович (1903–1941 гг.) – полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор. С 1937 г. заместитель начальника кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. 3 сентября 1941 г. откомандирован в действующую армию по пути к месту назначения погиб при бомбардировке военного эшелона вражеской авиацией.

Противоположный подход к проблеме «травматического невроза» был принят в немецких войсках. Немецкие психиатры не считали его болезнью и расценивали лиц с проявлениями «военного невроза» как конституционно предрасположенных к дегенерации – «паразитов нации (Volksskorper), не имеющих право на жизнь». Поэтому психогенные расстройства в немецкой армии искусственно были сведены к минимуму. Ссылаясь на мнимые аргументы, медицинское руководство вермахта отрицало наличие неврозов и психопатий, считая их «проявлением трусости», «инсценировкой заболевания» (отдельно выделялись лишь «характеропатии» – как варианты здоровой личности с определенными особенностями). На таких больных накладывались строгие дисциплинарные взыскания, им нередко отказывали в медицинской помощи, лишали военных пенсий. Вместе с тем, реальное положение дел (значительное число таких больных в ходе боевых действий) вызывало необходимость принятия оперативных организационных решений, которые, обычно, сводились к эвакуации военнослужащих с «истерией» в госпитали для раненых с повреждением черепа, а при отсутствии улучшения – переводу в «особые полевые батальоны» [27]. В «ответственные периоды боя» в качестве своеобразной «профилактики» психогений и панических реакций фашистское командование порой использовало стимулирующие лекарственные средства (в частности, первитин) для достижения у солдат состояния возбуждения («непреодолимого влечения к деятельности»), в котором они нередко шли в так называемые «психические атаки» [19].

В целом, структура психических расстройств у военнослужащих за время Великой Отечественной войны была следующей: «контуженные» (в основном, пострадавшие с закрытой травмой мозга) – 68,1%, больные с пограничными (в основном, психогенными) состояниями – 15%, эпилепсией – 8,1%, прочими заболеваниями – 8,8%. При этом «контуженные» составили 2,5–3,5% от общего числа санитарных потерь. В последние годы войны их число неуклонно возрастало (если в 1943 г. их количество условно принять за 100%, то в 1944 и 1945 годах они составили соответственно 181 и 209%), особенно в механизированных и танковых частях (106 и 156%, соответственно по сравнению с общевойсковыми (100%) частями). Обратные соотношения отмечались в представленности психогенных расстройств. Так, начиная с 1942 г., число психогений ежегодно уменьшалось (если в 1942 г. их количество принять за 100%, то в 1943 и 1944 годах они составили – 60 и 42% соответственно), приобретая все менее стойкий (хронизированный) характер (если в 1941 г. из числа таких больных вернулось в строй менее 30%, к концу войны – более 80%) [10]. Во многом это было обусловлено накоплением «боевого опыта» («обстрелянностью») солдат и победоносным характером боев последних лет войны. При этом, «чистые» психогении, согласно наблюдениям фронтовых психиатров Л.М. Езерского, А.В. Снежневского, В.Е. Макарова и В.М. Можайского, в последние годы войны наблюдались относительно редко.

Военными психиатрами была выявлена еще одна закономерность войны, когда на наступающих фронтах преобладали потери от закрытых травм головного мозга («контуженные»), а на «фронтах активной обороны» – психогении. Не случайно, что прогнозируемое число «контуженных» определялось ими в зависимости от активности предстоящих боевых действий. Так, по данным А.В. Снежневского (возглавлявшего во время войны один из госпиталей) число «контуженных» (за период 1943–1944 гг.) в ходе ведения активных боев составляло 68%, а во время их отсутствия – 22 % [8]. Не менее важным наблюдением являлось и то обстоятельство, что во время Великой Отечественной войны, несмотря на концентрацию выраженных патогенных факторов (как соматогенного, так и психогенного характера) не отмечалось ожидаемой (по данным предвоенной научной литературы) эксацербации «традиционной» психической патологии (наследственно обусловленных и эндогенных психических болезней). Наиболее убедительные данные о том, что война не влияет существенным образом на увеличение больных с эндогенными психозами (шизофренией, маниакально-депрессивным и т.д.) были, в частности, получены В.М. Можайским [10].

Помимо вышеуказанных расстройств психиатрами было изучено значение другой, специфичной для военного времени, психической патологии: интоксикационно-раневые психические расстройства (И.Ф. Случевский) [17], психозы при огнестрельных остеомиелитах (П.Б. Посвянский, А.С. Чистович) [22] и огнестрельном сепсисе (Т.Н. Гольдовская) [5], общесоматических заболеваниях и экстрацеребральных ранениях (Л.И. Толстоухова) [20], а также при травматическом истощении и других септических заболеваниях (Е.С. Авербух) [1]. Несмотря на свою малочисленность, известную новизну представляли психозы, возникавшие после отравления тетраэтилсвинцом (И.Г. Равкин, А.А. Портнов) [15]. Наконец, традиционно описываемые ранее алкогольные психозы составляли ничтожно малую величину (менее 1%) в структуре общей психической заболеваемости в годы войны (А.А. Портнов) [13].

Практически не изученной является проблема суицидов во время Великой Отечественной войны. Если до революции было довольно много публикаций по данной проблеме, то в годы советской власти она была фактически закрыта (последний сборник работ по проблеме суицидов вышел в конце 1920-х годов). В 1930-х годах в Госкомстате СССР закрыли сектор, занимающийся статистикой самоубийств: проблему передали психиатрам, фактически закрепив за любым самоубийцей статус психически больного.

Достоверных статистических данных о суицидах среди военнослужащих во время Великой Отечественной войны нет. Тем не менее, в отдельных публикациях, посвященных этому периоду, утверждается, что в действующей армии среди офицерского состава самоубийства отмечались преимущественно в начале войны. Считается, что более десятка советских генералов покончили жизнь самоубийством. При этом основными мотивами были угроза плена или репрессий за поражение вверенных войск. Особую категорию суицидентов составляли военнопленные, вследствие невыносимых условий существования, а также так называемые «альтруистические суициды», когда бойцы погибали вместе с врагом. Подобные суициды, в силу национальных традиций, были особенно распространены среди японских солдат (камикадзе). Учитывая эти особенности, японское командование использовало самоубийство своих военнослужащих как особую заранее планируемую тактику. В целом же, по мнению большинства авторов, в военное время уровень самоубийств снижается.

Характеризуя в целом общи представления о численности и структуре психической патологии среди солдат нашей армии во время войны, Г.П. Колупаев (2005 г.) подчеркивает, что она, в отличие от других воюющих государств, была представлена наиболее объективно. Общеизвестно, в частности, что показатели психической заболеваемости среди солдат и офицеров вермахта искусственно (в основном по политическим мотивам) занижались, а в войсках союзников, наоборот, они явно превышали реальные показатели, вследствие чрезмерно громоздкой системы отчетности, а также расширительного подхода к диагностике (особенно психогенно обусловленных расстройств) и, соответственно, к последующему увольнению военнослужащих из армии. Так, например, в армии США в период второй мировой войны диагноз психогенного заболевания был выставлен почти 1 млн. военнослужащих, из которых 450 тыс. были уволены с военной службы (40% по отношению ко всем уволенным) [8].

Развитие структурированной системы оказания психиатрической помощи в Советской армии относится к началу 1942 г., в связи с необходимостью решения медицинской службой главной задачи войны – возвращения в строй возможно большего числа раненых и больных. Именно в этот период особенно обострилась проблема недостатка призывного контингента для фронта. В этом же году была введена должность главного психиатра Советской армии, которым стал Н.Н. Тимофеев. Под его руководством стали последовательно (армия, фронт, тыл страны) организовываться учреждения психоневрологического профиля. В медицинской службе фронтов, начиная с 1942 г., стали формироваться специализированные госпитали для контуженных военнослужащих. Созданные позднее психоневрологические отделения в армейских госпиталях для легкораненых, будучи наиболее приближенными к линии фронта, приняли на себя основной поток таких больных, став (по выражению В.Е. Макарова) «фильтром для больных с нервными и психическими заболеваниями в армейском районе» [9].

Следует сказать, что характер организации психиатрической помощи существенно отличался не только в разные периоды Великой Отечественной войны, но и на различных фронтах, в зависимости от специфики театра военных действий, оперативной обстановки, наличия кадрового состава и т.д. Система оказания психиатрической помощи не являлась застывшей, унифицированной для всех фронтов и на весь период войны, она динамично менялась, исходя из текущих возможностей и потребности в ней, в том числе – приобретенного опыта. Для иллюстрации этого положения можно привести пример Западного и 1-го Прибалтийского фронтов.

Особенностью организации психиатрической помощи на Западном фронте явилось то, что именно там впервые возникли госпитали для «контуженных», выполняющих, как уже отмечалось, роль своеобразных «фильтров» (для военнослужащих подлежащих лечению на месте). Уже к середине 1943 г. во всех армиях фронта появились нештатные армейские психиатры. В армейских терапевтических полевых подвижных госпиталях предусматривались палаты для «нервных» больных (на 20–30 коек). В армейских и фронтовых госпиталях для лечения легкораненых были развернуты психоневрологические отделения, а в армейском терапевтическом эвакогоспитале – «нервное» отделение (для лиц с пограничными психическими расстройствами). Психиатры военно-врачебных комиссий фронтовых эвакопунктов, помимо основной функции, осуществляли контроль за постановкой лечебной работы в зоне своей ответственности. Специализированный невропсихиатрический эвакогоспиталь первого эшелона фронта (со сроками лечения – 30–60 суток) являлся, при этом, основным (завершающим) звеном для лечения психически больных военнослужащих.

На 1-м Прибалтийском фронте до второй половины 1942 г. организация психоневрологической помощи осуществлялась без единой системы (психически больные помещались, как правило, в терапевтические отделения армейских госпиталей). В последующем, когда для общего руководства психоневрологической работой были назначены исполняющие обязанности фронтовых невропатолога и психиатра, в госпитальной базе фронта появились «три рода психоневрологических стационаров»: нервно-психиатрическое отделение при фронтовом госпитале для лечения легкораненых, фронтовой психоневрологической госпиталь (на 600 коек) в системе фронтового эвакуационного пункта и второй психоневрологической госпиталь (на 600 коек) в системе местного эвакуационного пункта. При этом, в каждом медико-санитарном батальоне выделялись врачи, «ответственные» за медицинскую сортировку (лечение) «контуженных» и «невротиков» [8]. Вместе с тем, это не решало проблемы оказания полноценной психиатрической помощи в передовом районе, вследствие отсутствия у них необходимой профессиональной подготовки.

Таким образом, в войсках отмечалась различная профилизация нервно-психиатрических учреждений армейской и фронтовой госпитальных баз, что сказывалось не только на общей системе организации психиатрической помощи, но и на достоверности учета психических заболеваний среди военнослужащих. При этом, от дивизии и ниже психиатрическая помощь, как правило, не оказывалась, за исключением 1-го Прибалтийского и отдельных частей Ленинградского фронтов, где ее осуществляли врачи общего профиля. Лишь в одной из частей Ленинградского фронта войсковым врачом (с довоенной психиатрической подготовкой) был инициативно развернут и успешно функционировал «стационар» для контуженных, результаты работы которого «превзошли все ожидания» – военнослужащие через 1,5–2 недели возвращались в строй [8].

Только к концу войны относительно полноценная психиатрическая помощь оказывалась в передовых районах. Так, в частности, в 1944 г. почти $\frac{2}{3}$ всех «контуженных» лечились в отдельных медицинских батальонах и психоневрологических отделениях армейских госпиталей для легкораненых. С ликвидацией чрезмерной этапности, оптимизацией путей эвакуации и профильности эвакуационных потоков, а также постепенным приближением психиатрической помощи к линии фронта была решена проблема скорейшего возвращения в строй максимального числа раненых и больных. Результатом этого явилось то, что к концу войны около 90–95% «контуженных» (основной категории пострадавших психиатрического профиля) стали возвращаться в строй [19].

По данным американских авторов, советская военная психиатрия периода второй мировой войны оказалась наиболее эффективной. Так, в армии США отношение психиатрических потерь к убитым и раненым было в 2–2,5 раза выше, чем в Советской Армии, несмотря на значительно более интенсивные боевые действия последней, следовательно, и более высокую вероятность боевого стресса. Вместе с тем, общим недостатком для обеих стран являлось то, что в армии США (как и в Советской армии) к началу второй мировой войны план организации психиатрической помощи отсутствовал, должность психиатра дивизии была ликвидирована, психиатров не хватало, больные психиатрического профиля лечились в общих госпиталях. Только в 1943 г. психиатрическая помощь в американских войсках приблизилась к передовому району, при армиях были сформированы «Центры лечения психических заболеваний», а с января 1944 г. были восстановлены должности дивизионных психиатров. Затем, уже после высадки войск союзников в Нормандии, в июле 1944 г. психиатр был прикреплен к каждому дивизионному, корпусному и армейскому пункту для обучения обращения с военнослужащими «переутомленными в боях». Эти пункты развернулись в ходе самой операции, имели приемно-сортировочное отделение и отделение для восстановления боеспособности [25].

Великая Отечественная война оказала существенное влияние на развитие военной психиатрии. Ее итоги были подведены в серии научных трудов, монографий сотрудников академии, ряд из которых стали классическими: «Очерки военной психиатрии» [19], «Реактивные психозы в военное время» [6].

Иванов Федор Иванович (1912–2003 гг.) – полковник медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. Участвовал в Финской войне 1939–1940 гг. В период Великой Отечественной войны принимал участие в боевых действиях на Ленинградском фронте (с июня 1941 по декабрь 1941 г.), Южном фронте (с апреля 1942 по июль 1942 г.), Северо-Кавказском фронте (с сентября 1942 по сентябрь 1943 г.). За годы войны прошел путь от врача батальона до помощника начальника 1-го отдела управления кадров Главного военно-санитарного управления. Начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии с 1970 по 1972 г. Награжден двумя орденами Красной Звезды, орденами Октябрьской революции, Отечественной войны II степени, медалями За оборону Ленинграда, За Победу над Германией.

В повестке III-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (Москва, 1948 г.) проблемы военной психиатрии заняли центральное место [21]. Вместе с тем, история всей военной медицины свидетельствует о том, что забытый опыт прошедших войн с неизбежностью приводит к повторению трагических ошибок прошлого, и в этом отношении опыт Великой Отечественной войны является незаменимым.

Литература

1. Авербух Е.С. Астенический психоз // Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров в 1948 г. М., 1950. С. 26–30.
2. Автократов П.М. Призрение душевно-больных во время русско-японской войны // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 495–507.
3. Бехтерев В.М. Война и психозы // Вопросы Мировой войны : сб. ст. / под ред. М.И. Туган-Барановского. Петроград : Право : Правда, 1915. С. 530–604.
4. Боришпольский Е.С. Об организации психиатрической помощи на театре военных действий в будущие войны // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 507–523.
5. Гольдовская Т.И. Психопатологические и неврологические синдромы в клинике общих инфекций // Журн. невропатол. и психиатрии. М., 1950. Т. 19, Вып. 2. С. 52.
6. Иванов Ф.И. Реактивные психозы в военное время. Л. Медицина, 1970. 168 с.
7. Карчикян С.И. Роль и значение кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в развитие невропатологии (краткий истор. очерк к 150-летию акад.) // Невропатология и психиатрия. 1949. Т. 18, вып. 3. С. 35–40.
8. Колупаев Г.П. Очерки истории отечественной общей и военной психиатрии. М. : ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2005. 453 с.
9. Литвинцев С.В., Кузнецов Ю.М. Страницы истории военной психиатрии (к 200-летию юбилею Военно-медицинской академии). СПб. : Иван Федоров, 1998. 56 с.
10. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне, 1941–1945 гг. М. : Медгиз, 1949. Т. XXVI : Нервные болезни. С. 39–100.
11. Осипов В.П. Вопросы психиатрической практики военного времени. Л. : Медгиз, 1941. 220 с.
12. Осипов В.П. Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача. Ташкент, 1943. 24 с.
13. Портнов А.А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь // Алкоголизм. М., 1959. С. 53–61.
14. Психозы и психоневрозы войны : сборник / сост.: Д.Г. Боген, Н.И. Бондарев, С.В. Гольман [и др.]. – Л. ; М. : Гос. изд-во биол. и мед. лит., Ленингр. отд-ние, 1934. 150 с.
15. Равкин И.Г. Нервно-психические нарушения при отравлении тетраэтилсвинцом. М., 1941. 46 с.
16. Рончевский С.П. Вопросы патофизиологии и клиники галлюцинаций // Вопросы психиатрической практики военного времени. М., 1941. С. 38–91.
17. Случевский И.Ф. О некоторых наблюдениях над течением душевных заболеваний во время Отечественной войны // Пробл. психиатрии и невропатологии. Уфа, 1946. Вып. 6. С. 8–14.
18. Станиловский Л.М. Об организации психиатрической помощи на театре военных действий // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 523–532.
19. Тимофеев Н.Н. Очерки военной психиатрии. Л. : ВМА, 1962. 280 с.
20. Толстоухова Л.И. Основные вопросы военной психиатрии в районе глубокого тыла // Вопросы психиатрии военного времени. Свердловск, 1947. С. 16–117.
21. Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров в 1948 г. М., 1950. 263 с.
22. Чистович А.С. Психозы при огнестрельных остеомиелитах // Труды ВММА. Л., 1944. Т. 3, Вып. 1. С. 37–44.
23. Шабунин А.В. Роль В.М. Бехтерева в становлении отечественной военной психиатрии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98, вып. 11. С. 44–45.
24. Шумков Г.Е. Задачи военной психиатрии // Тр. 3-го съезда отечественных психиатров. СПб., 1911. С. 532–545.
25. Garland F.N., Robichand M.R. Knowledge of battle fatigue among division combat medics and the effectiveness of training // Milit. Med. – 1987. – Vol. 152, N 12. – P. 608–612.
26. Johnson A.W. Combat psychiatry, Pt.I. A Historical review // Med. Bull. US Army, Europe. – 1969. – Vol. 26, N 10. – P. 305–308.
27. Spencer C.D., Gray B. What price leadership? Distress in a peacetime military unit // Milit. Med. – 1965. – Vol. 130, N 3. – P. 243–250.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Яковлева Ю.А.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Эпилепсия является междисциплинарной патологией, представляющей проблему, относящуюся как к неврологии, так и к психиатрии (2, 4, 7). Эпилепсия является одним из распространенных заболеваний психоневрологического профиля в детско-подростковом возрасте. Дети страдают этим заболеванием в 4 раза чаще, чем взрослые, что составляет примерно 2% детской популяции. Около 60-75% всех форм эпилепсии приходится на детский возраст (4,7). По критерию неблагоприятного прогноза заболевания после возраста дебюта эпилепсии до 3-х лет следует возраст от 12-16 лет (4). Систематические клинические описания нарушений в психической сфере, характере и личности больных эпилепсией относятся к середине 19 века. Наиболее характерными для больных эпилепсией считаются, еще со времен Э. Крепелина, инертность, тугоподвижность, медлительность и вязкость психической деятельности, которые проявляются в интеллектуально-мнестической, эмоционально личностной сферах и речи больных (2). Дети с эпилепсией имеют более высокий риск когнитивного дефицита. За последние 25 лет показано, что дети с эпилепсией (мальчики чаще девочек) испытывают более выраженные трудности школьного обучения, чем их здоровые сверстники или дети с другой хронической патологией (бронхиальная астма или мигрень)(3) Мозг ребенка более чувствителен к неблагоприятному действию эпилептических разрядов, вызывающих задержку психомоторного и речевого развития, а также другие нарушения (4). Ведущая роль отводится дезинтеграции мозговой системной деятельности и нарушению функциональной активности лобных образований, что клинически проявляется замедлением у детей при эпилепсии темпов формирования функций лобных отделов мозга – направленного внимания, программирования и контроля произвольных действий. Ведущими причинами в патогенезе формирования психических расстройств, по мнению ряда авторов, являются: органическая патология головного мозга (2, 9), генетическая предрасположенность (8), лекарственные препараты (10), психосоциальные факторы (1,8).

Психические нарушения у детей и подростков, страдающих эпилепсией можно условно разделить:

1. По уровню поражения: (невротические, неврозоподобные (истероформные, церебрастенические), психотические
2. в интеллектуально-мнестической сфере (когнитивные), в эмоционально-волевой сфере и личности (аффективные, поведенческие)
3. По степени тяжести: (легкой, средней, тяжелой)
4. По длительности: транзиторные, стойкие
5. По аутентичности: собственные, сопутствующие, коморбидные
6. Особые состояния: синдром принудительной нормализации Ландольта, медикаментозные интоксикации

Данные деления формально отражены и соответствуют следующим диагностическим подрубрикам МКБ-10:

- Другие непсихотические расстройства в связи с эпилепсией (F06.822)
- Легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией (F 06.72)
- Органическое аффективное расстройство в связи с эпилепсией (F06.3)
- Органическое тревожное расстройство в связи с эпилепсией (F06.4)
- Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с эпилепсией (F 06.62)
- Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией (F07.02)
- Деменция в связи с эпилепсии (F 02.802)

Эпилептические психозы, как правило развиваются у подростков с труднокурабельными формами эпилепсии, в единичных казуистических случаях заболевание эпилепсией дебютирует с них. Данная проблема до сих пор не получила окончательного решения, несмотря на многочисленные исследования, проводимые на протяжении многих десятилетий, что обусловлено как отсутствием единых представлений о патогенезе этих состояний, так и отсутствием единой классификации этих психозов. (5). В синдромальном отношении психотические расстройства у подростков подразделяются следующим образом: около половины случаев составляют аффективные психозы, где ведущим симптомом является дисфория или депрессия, редко – маниакальные и биполярные расстройства, определяющие основную симптоматику. У трети больных с аффективными расстройствами последние сочетаются с бредовыми нарушениями и в таком же процентном соотношении – с галлюцинаторными. У трети психотических больных клиническая картина представлена шизофреноподобными психозами с выраженным проявлением галлюцинаторно-параноидного синдрома. Редки случаи сумеречного помрачения сознания. Г.Б. Абрамовичем, Р.А. Харитоновым (1) были выделены следующие группы аффективных (дисфорических) психозов у детей и подростков: с преимущественными проявлениями агрессивного типа, с ирритативными проявлениями, с гипобулическими проявлениями, с проявлениями маниакального типа, с бредовыми проявлениями. Согласно МКБ-10 систематика интериктальных эпилептических психозов производится по синдромальной структуре: галлюцинаторные (F06.02), бредовые (F06.12), депрессивные (F06.322), маниакальные (F06.302), кататонические (F06.12).

Общими принципами, коррекции психических нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией разработанными в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста являются (6):

1. комплексный подход, включающий медикаментозную противосудорожную, патогенетическую (сосудистую, дегидратационную, нейрометаболическую) и симптоматическую (нейролептическую, ноотропную) терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия.

2. Необходимо назначение противосудорожной терапии адекватной форме эпилепсии (обеспечивающей клинико-энцефалографическую ремиссию приступов).

3. При выборе антиконвульсантов, целесообразно отдавать предпочтение препаратам с нормотимическим и ноотропным эффектом: топамакс, трилептал, тегретол, ламиктал, левитирацетам, вимпат в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению.

4. Терапию сопутствующих психических расстройств при эпилепсии у подростков следует проводить без отмены противосудорожной терапии (кроме случаев психических нарушений в связи с антиконвульсивной терапией, где необходима коррекция дозировок, смена или отмена препаратов).

5. При использовании в терапии нейролептиков препаратами выбора на сегодняшний день являются антипсихотики 4 поколения, обладающие высокой антипсихотической активностью и в то же время с минимумом побочных эффектов.

6. В лечении депрессивных расстройств следует назначать антидепрессанты, не снижающие порог судорожной готовности. Предпочтительно использование препаратов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в возрастных терапевтических дозировках, рекомендованных к применению.

7. Для коррекции астенических и когнитивных нарушений необходимо использование ноотропов и препаратов с нейрометаболическим действием, не снижающих порог судорожной готовности.

8. Сочетание с медикаментозной терапией психотерапии (индивидуальной, групповой и семейной), а также методов психолого-педагогического воздействия существенно помогают в реабилитации детей и подростков, страдающих эпилепсией. улучшая их качество жизни и

Формы психологической реабилитации, разработанные в нашем отделении направлены на улучшения комплайенса с пациентами и их родителями, развитие социальной поддержки пациентов, увеличение ресурсов их социальной адаптации и улучшение качества жизни пациентов, страдающих эпилепсией и их окружения (6). К ним, прежде всего, относятся: просвещение и консультирование педагогов о психологических особенностях и специфике больных эпилепсией. По данным нашего опроса, педагоги, ставят эпилепсию на второе место после употребления алкоголя и ПАВ, среди социально-значимых заболеваний детско-подросткового возраста. Избавившись от ложных мифов об эпилепсии, педагоги смогут осуществлять психологическую поддержку школьников, способствуя развитию их адекватной самооценки. Различные формы психологического сопровождения детей и подростков, с индивидуальным подходом в выборе наиболее подходящего для пациента, страдающего эпилепсией, вида психологической помощи: индивидуальная работа, групповые формы работы, при отсутствии противопоказаний, семейная психотерапия.

Особое место в структуре психосоциальной реабилитации занимает система психообразования, направленная на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Нами разработаны этапы социально-реабилитационной программы для подростков, страдающих эпилепсией, включающих в себя:

1 этап: Подготовительный/диагностический

2 этап: Реабилитационный, включающий 5 блоков: индивидуальное психообразование родителей с использованием дополнительных источников информации; индивидуальное психообразование с пациентами; групповая работа с родителями; групповая работа с пациентами; работа с семьей.

3 этап: Заключительный (подведение итогов)

Существует ряд трудностей с которыми сталкиваются специалисты при реализации данных программ, главной из которых является взаимоотношение родителей и врачей-психиатров, патологический страх обращения за психиатрической помощью, обусловленный стигматизацией детей с психическими расстройствами и их институциональной дискриминацией. В связи с чем для успешной и эффективной реализации реабилитационных программ, необходимо создание и внедрение дифференцированной программы антистигмы для детей и подростков страдающих эпилепсией и их родителей, предполагающей тесное сотрудничество профессионалов медицинских, психологических и социальных служб, а также педагогов, представителей администрации и общественных структур.

Литература

1. Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1979. – 142 с.
2. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.
3. Воронкова К.В., О.А. Пылаева, Е.С. Косякова и др. Современные принципы терапии эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2010; 6: 24-36.
4. Карлов В.А., Власов П.Н., Фрейдкова Н.В. Опыт применения топирамата в комплексной терапии фармакорезистентной эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии 2003; 7: 21-26.
5. Усачева Е.Л., Полонская Н.Н., Яхно Н.Н. Когнитивные и поведенческие нарушения у детей при эпилепсии // Неврологический журнал. – 1999. – Т. 4, № 3. – С.21 – 25.

6. Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В. Комплексная оценка социальной адаптации детей и подростков, больных эпилепсией с психическими расстройствами и их реабилитация. Методические рекомендации. СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб, 2009. – 25с.
7. Doval O., Gaviria M., Kanner A. In: Frontal lobe dysfunction in epilepsy. In: Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment. A. Ettinger, A. Kanner (eds.). – Philadelphia, 2001. – P. 261 – 271.
8. Helmstaedter C. Behavioural and neuropsychological aspects of frontal lobe epilepsy. In: The neuropsychiatry of epilepsy. M. Trimble, B. Schmitz (eds.). – Cambridge, 2002. – P. 164 – 185.
9. Lennox W. Epilepsy and related disorders. – Boston, 1960. – 134 p.
10. Vining E.P., Mellitis E.D., Dorsen M.M. et al. Psychologic and behavioral effects of antiepileptic drugs in children: a double-blind comparison between Phenobarbital and valproic acid // Pediatrics. – 1987. – Vol.80. – P. 165 – 174.

ПСИХИАТРИЯ
ТЕЗИСЫ

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНЫ ЗДОРОВЬЯ PSYCHĒ ГЛАЗАМИ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА

Аппенянский А.И., Бойко Ю.П.

РМАПО, Москва

В медицинских кругах еще не выкристаллизовалось понимание того, что медицина души по своему содержанию не менее разветвлена, чем медицина тела. Как известно, медицина psychĕ представляет собой конгломерат лишь 4 клинических дисциплин (психиатрия, психотерапия, наркология, сексология) и не очень ясно очерченной медицинской психологии. Пока можно предложить такую, конечно – очень упрощенную, схему соотношений различных «гарapsychĕ» – дисциплин, этапов и направлений, задач и методов.

I. Психолого-медико-педагогическое *тестирование* юниоров – определение возможности включения юниора (возраст до 21 года) в различные по интенсивности и начальным основаниям нижеследующие (II – VII) образовательно-воспитательные и(или) медицинские («парамедицинские») программы.

II. *Опережающее* обучение и воспитание – педагогические и психолого-педагогические системы, направленные на опережающее, по сравнению с традиционным, развитие юниора.

III. *Поспевающее* (своевременное, традиционное) обучение и воспитание. Темпы и нагрузки связаны с научно-обоснованными (средними) психофизиологическими периодами становления взрослости как биологического, психологического, социального и т.д. качества человека.

IV. *Догоняющее* обучение и воспитание восполняет накопившиеся дефициты при педагогической и семейной запущенности, имеет генетические корни в онтогенетической психотерапии по Ю.С.Шевченко.

V. *Специальное* обучение и воспитание (приложение поддисциплин дефектологии), творящее сегодня чудеса при ДЦП, ДАУН-синдроме. Здесь нельзя забывать роль речи и руки в общении и в становлении (индивидуации) человека вообще.

VI. *Психологическое консультирование* – обучение и тренировка навыков решения проблем, коммуникации и др. При необходимости врач-психотерапевт может подключаться в эти процессы, если требуется применение биологического лечения и медицинского подхода вообще.

VII. *Психотерапия* – восстановление нарушенных и замещение разрушенных психических функций (адаптирующая, восстанавливающая, развивающая), а также в области психосоматических расстройств. В этом контексте психотерапия может проводиться как врачом, так и медицинским психологом. Врачебной компетенции психотерапия требует в особенности тогда, когда для успешной помощи больному необходимы медицинские знания патогенеза заболеваний и сочетание психотерапии с медицинскими биологическими методами терапии, в том числе в случае соматических расстройств.

Часто оптимальным является совместное участие в психотерапии врача и психолога, который решает как задачи психологической диагностики индивидуальных, в том числе патопсихологических, особенностей пациента для целей терапии, так и проводит психолого-педагогическую коррекцию.

Можно предвидеть дальнейшую дифференциацию психотерапии как клинической дисциплины. Уже выделяются психотерапию психических расстройств (психозов, зависимостей) и соматических болезней (с дифференциацией соответственно клиническим дисциплинам или нозологиям). Здесь наряду с другими распространенными заболеваниями, в первую очередь требуют развития разделы психотерапии выживания (реабилитации) после сердечных или мозговых катастроф, психотерапии при онкологических заболеваниях, СПИД и др. Авторы не согласны с мнением некоторых психиатров, что психотерапия как врачебная специальность имеет сомнительные права на существование, так как она выделена не по собственному предмету (только ею курируемым заболеваниям), а по методу лечения. Во-первых, психотерапия это экологичное лечение средствами души (В.Е.Рожнов), во-вторых, вряд ли кто-то из психиатров будет настаивать на том, что в сферу «интересов» психиатрии входят в основной части такие группы психических расстройств и расстройств поведения как F4-F9 по МКБ-10.

VIII. *Психиатрия*. IX. *Психиатрия-наркология*. Здесь пока основное терапевтическое направление – фармакотерапия психотических расстройств. В рамках клиники этих расстройств собственно психотерапии (как врачебной, так и психологической) еще только предстоит занять свое собственное место не в качестве хобби наиболее продвинутых психиатров, а в качестве полноценного этапа терапии *аддикций*;

X. *Кардиопсихотерапия*. XI. *Нейропсихотерапия*. XII. *Фтизиопсихотерапия*... XIII. *Психотерапия в хосписе*. И т.д. Кто будет заниматься такой психотерапией: интернисты или психотерапевты? Время покажет... По крайней мере, первые шаги уже делаются.

Задача перед этим текстом почти невыполнимая, очень уж по разным «квартирам» расползлись разные медицины, остались только ламы да шаманы. И, конечно, психиатры зашли далеко в овладении менталитетом. А большинство людей вовсе не нуждаются в лечении у них. Они хотят быть здоровыми и счастливыми. И строить жизнь на междисциплинарной основе, при взаимодействии врачей, психологов, педагогов, родителей, специалистов народного хозяйства, художников и музыкантов. Это воодушевляет. Но и тем, и другим, и третьим придется многое и серьезно узнавать из, так сказать, «смежных областей» медицины – психотерапевтам из кардиологии, интернистам из психотерапии. Учителям и родителям, художникам и музыкантам – из Душ. Всем – из человеческого тепла. И предмет у них всех станет один – Личность, ее «внутренняя картина» и помощь Ей.

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПРОСНИКА SF-36, ГОСПИТАЛЬНОЙ ШКАЛЫ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ И ТЕСТА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИЧЕСКОЙ И СУБПОРОГОВОЙ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Благовидова О.Б.

Дальневосточный ГМУ, Хабаровск

Цель исследования: сравнение групп пациентов с субсиндромальными и с клинически очерченными формами психической патологии для разработки методов раннего выявления психических расстройств в общей медицинской практике.

Материал и методы: проведено клинико-эпидемиологическое исследование обслуживаемого контингента на 10 участках общей врачебной практики в сельских районах Хабаровского края. Критерий включения: пациенты от 18 до 80 лет, обратившиеся по любому поводу к врачу общей практики и давшие информированное согласие на участие в исследовании, включающее консультацию психиатра. Критерий исключения: предшествующее обращение пациента в службы психиатрической и (или) наркологической помощи и наличие уже выявленной ранее психической патологии.

В качестве скрининговых инструментов использовались: опросник А.А. Чуркина – Л.А. Касимовой; Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS); опросник CAGE. Первичная выборка составила 700 человек. Положительные результаты скрининга имелись в 430 (61,42%) случаев. На втором этапе исследования было проведено клинико-психопатологическое обследование лиц с положительными результатами скрининговых тестов. Оно включало в себя сбор социально-демографических и клинических данных путём анкетирования пациента и анализа медицинской документации с последующим заполнением базисной информационной карты. Использовались также стандартизированные опросники и тесты, включавшие, в том числе, тест «Нервно-психическая адаптация» («НПА», И.Н. Гурвич) и опросник качества жизни «SF-36».

Результаты: клинический уровень психической патологии был выявлен у 166 (43,11%) обследованных (1 группа); субсиндромальный уровень – 219 (56,88%) (2 группа). По результатам анкетирования не было выявлено статистически значимых различий между сравниваемыми группами по возрастному-половому составу, образованию, профессии, роду занятий, и по наличию соматической патологии. Психометрическое исследование эмоционального состояния, качества жизни и уровня социально-психологической адаптации выявило наличие статистически значимых различий: среднее значение результата теста НПА в первой группе составило – 42,046 ($m=0,305$), во второй – 33,045 ($m=0,432$); шкалы Социальное Функционирование SF-36 – 21,678 ($m=0,325$) и 55,975 ($m=0,264$), соответственно; шкалы «Психическое здоровье» SF-36 – 35,684 ($m=0,263$) и 47,584 ($m=0,320$); шкалы «Ролевое функционирование» SF-36 – 28,121 ($m=0,223$) и 58,309 ($m=0,340$); шкалы тревоги HADS – 17,657 ($m=0,254$) и 10,349 ($m=0,381$); шкалы депрессии HADS – 14,046 ($m=0,212$) и 9,234 ($m=0,334$), соответственно.

Выводы: опросник SF-36, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест «Нервно-психическая адаптация» («НПА») позволяют выявлять субсиндромальные

формы психической патологии. Перспективно использовать указанные психометрические инструменты для разработки программы раннего выявления психических расстройств у пациентов в общей врачебной практике.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ НАЛТРЕКСОНОМ: ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я.,
Ветрова М.В., Вербицкая Е.В., Гриненко А.Я., Бродянский В.М., Кибитов А.О.

*ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, ФМИЦПуН им. В. П. Сербского,
Москва*

Целью исследования являлась оценка влияния полиморфных вариантов генов опиоидной и дофаминовой систем на эффективность противорецидивной терапии опиоидной наркомании имплантируемой и пероральной лекарственной формой налтрексона.

В анализ были включены данные 540 больных опиоидной наркоманией принявших участие в исследованиях эффективности: 1) имплантируемой и пероральной лекарственной формой налтрексона ($n=306$); 2) сочетанного применения пероральной формы налтрексона и гуанфацина ($n=234$). Генотипирование больных проводили по следующим вариантам полиморфизма генов: опиоидных рецепторов типов мю (OPRM1) и каппа (OPRK1), фермента катехол-орто-метил-трансферазы (COMT), дофаминовых рецепторов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) подтипов, фермента дофамин-бета-гидроксилазы (DBH), белка- трансмембранного переносчика дофамина (SLC6A3, DAT1).

Вне зависимости от вида противорецидивной терапии ряд полиморфных вариантов повышает риск рецидива зависимости: аллель L (2 повтора по 120 н.п.) DRD4120bp ($p=0,05$; OR(95% ДИ) = 3.3(1.1 – 10.1); аллель C DRD2NcoI ($p=0,051$ OR(95% ДИ) = 2,86 (1,09 – 7,52); генотип 9.9 DATVNTR40bp ($p=0,04$; RR(95%CI) = 1,4(1,3 – 1,5)); напротив, варианты гаплотипа (CC+CT)-(TT)) по генам (OPRK1- DRD2NcoI) повышают вероятность завершения программы лечения ($p=0,004$; OR(95% ДИ) = 7.4 (1.8 – 30.4)), анализ выживаемости Каплана-Мейера, $p=0,016$). Выявлен эффект аллеля T локуса DRD4 521: носители аллеля T (генотипы TT и CT) имели достоверно больший шанс завершения лечения зависимости по сравнению с гомозиготами CC ($p=0,039$; ТКФ Отношение шансов OR(95%CI) = 3.7 (1.1 – 12.7).

Имплантат налтрексона является высокоэффективным препаратом для лечения опийной наркомании, превосходящим по эффективности пероральный налтрексон, комбинацию перорального налтрексона с гуанфацином и плацебо. Показано совместное влияние генов дофаминовой и опиоидной систем на эффективность стабилизации ремиссии у больных опийной наркоманией. По результатам генотипирования возможно выявление высокорезистентных к терапии пациентов, что может повысить эффективность лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АРОМАФИТОТЕРАПИИ

Бобрик Ю.В., Тимофеев И.Ю., Кулинченко А.В., Сардак С.Б.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского Крымский федеральный университет им. С.И. Вернадского, ГБУЗ РК «КРКПБ № 1», г. Симферополь

Несмотря на прогрессивное развитие медицинской науки и практики, заболеваемость хроническим гингивитом продолжает держаться на довольно высоком уровне не только в группе пациентов пожилого и зрелого возраста, но и отмечается тенденция к её росту в молодом возрасте. В исследованиях ряда авторов было продемонстрировано, что течение заболеваний пародонта тесно взаимосвязано с психосоматическими расстройствами. Доказано влияние психологических факторов на тяжесть клинических проявлений патологического процесса в тканях пародонта.

Цель. Изучение эффективности использования эфирного масла шалфея для коррекции нарушений психоэмоционального состояния, когнитивных функций пациентов с хроническим гингивитом при комплексной терапии и реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 40 человек, которые подверглись клиническому, и нейропсихологическому обследованию. Возраст обследуемых был 20-44 лет. 40 пациентов страдали хроническим катаральным генерализованным гингивитом легкой и средней степени тяжести. Все больные разделены на две группы. Первую группу составили 20 человек, которые получали стандартное лечение согласно канонам лечения хронического катарального гингивита – контрольная группа. Вторую группу составили 20 человек, которые получали наряду с базисной терапией и лечение с применением шалфейного эфирного масла и УФО – основная группа. Обследуемым пациентам до и после восстановительной терапии проводилось нейропсихологическое тестирование: для оценки когнитивных функций – корректурная проба (тест Бурдона); для определения уровня личностной и реактивной тревоги – методика Спилберга-Ханина. Результаты исследования подвергли математическому анализу с использованием методов вариационной статистики. Достоверность определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследований. После проведенной восстановительной терапии уровень реактивной тревоги достоверно снизился как в основной, так и в контрольной группах, соответственно на 13,3% ($p<0,05$) и на 9,5% ($p<0,05$). При этом в основной группе после лечения реактивная тревога уменьшилась на 28,1% ($p<0,05$) более выражено, чем в контрольной группе в сравнении с показателями до начала восстановительной терапии. Уровень личностной тревоги существенно не изменился под влиянием реабилитационного лечения в сопоставлении с показателями до начала восстановительной терапии как в основной, так и в контрольной группах. В основной и в контрольной группах отмечалась положительная динамика исследуемых показателей, но только в основной группе эти изменения были достоверными: умственной работоспособности (объем внимания) на 16,2% ($p<0,05$); концентрации на 11,4% ($p<0,05$) и устойчивости внимания (индекса безошибочности) на 25,5% ($p<0,001$). Проведенный сравнительный статистический анализ результатов реабилитационного лечения выявил: у пациентов основной группы достоверно более выраженное повышение уровня умственной работоспособности (объем внимания) в 4,7 раз ($p<0,01$), концентрации в 4 раза ($p<0,01$) и устойчивости внимания в 4,1 раз ($p<0,01$), чем у больных в контрольной группе.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что использование средств ароматотерапии существенным образом повышает эффективность восстановительного лечения хронического гингивита и приводит к достоверно более выраженной коррекции психосоматических расстройств и улучшение когнитивных функций у пациентов по сравнению с контрольной группой.

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Боев О.И., Лекомцева О.В.

Ставропольский ГМУ, г. Ставрополь

Цель исследования: определение ранних проявлений формирования аномальной личностной и поведенческой изменчивости у участников боевых действий в мирное время.

Материалы и методы. Было обследовано 134 военнослужащих-комбатантов, старших офицеров в возрасте 30-50 лет. Методы исследования: клинико-психопатологический, патопсихологический, психофизиологический (диагностическая система «АМСАТ-Коверт»), математический – дискриминантный, кластерный анализ.

Результаты и их обсуждение. Психофизиолого-математический анализ физиологического состояния биологически активных зон (БАЗ) кожи обнаружил наличие выраженного снижения активности БАЗ кожи до уровня резко выраженной гипозергии и ареактивности ($p < 0,01$) в отведениях 1-4, 9-10, 15-18, подтверждая начальные атерогенные процессы сосудистой системы, преимущественно головного мозга. На достоверном уровне выражено значительное снижение активности психонейроэндокринной системы ($p < 0,01$) в отведениях 5-6 до уровня гипозергии ($p < 0,01$). Подобные изменения психофизиологического профиля личности характерны для предпатологических или ранних патологических нарушений в сердечно-сосудистой, цереброваскулярной и гепато-билиарной системах. Выявленные изменения коморбидны начинающемуся негативному личностному дрейфу от диапазона психологической нормы-акцентуации в сторону диапазона аномальной личностной и поведенческой изменчивости. В этот период испытуемые отличались повышенной чувствительностью к социальным стрессорам, которые приводили к личностной декомпенсации и поведенческой дезадаптации в структуре конкретного личностного психотипа. При этом, испытуемые практически всегда выдерживали профессиональные и военные стрессы без клинических признаков ПТСР.

Анализ функциональной емкости БАЗ кожи у испытуемых выявил выраженное снижение физиологического резерва в отведениях 1-4, 9-10, 15-18, свидетельствуя о формировании в центральной нервной системе очагов хронических дегенеративных нарушений ($p < 0,05$) с возможными некротическими изменениями, как следствие атерогенных и/или травматических процессов, нарушений цереброваскулярной микроциркуляции ($p < 0,05$) различного генеза. Зарегистрировано значимое снижение физиологических резервов психонейроэндокринной системы с риском развития функциональных дисгормональных нарушений ($p < 0,01$). В отведениях 11-12 у испытуемых отмечено выраженное снижение физиологического и психологического резервов ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Участники боевых действий, старшие офицеры в мирное время характеризуются снижением физиологического и психологического резервов в условиях хронического воздействия социальных стрессов. 2. Снижение физиологических резервов обнаруживает «места наименьшего сопротивления» в виде сочетанного формирования цереброваскулярной и психонейроэндокринной патологии головного мозга. 3. Обнаруженные системные изменения потенцируют высокую вероятность личностной декомпенсации и поведенческой дезадаптации под влиянием социальных стрессов в условиях мирного времени.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА БОЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ХОДЕ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Борисов Д.Н., Гончаренко А.Ю., Сивашенко П.П.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Внедрение современных средств автоматизации в практику организации информационно-статистической деятельности на этапах медицинской эвакуации создает предпосылки для совершенствования медицинского учета и информационно-справочной поддержки специалистов медицинской службы ВС РФ в процессе оказания медицинской помощи, в том числе психиатрического профиля. На этой базе перспективными целями научного поиска является разработка конкретных направлений, форм и методов использования современных информационных технологий в целях совершенствования психиатрической помощи и организации мероприятий медицинской службы в данной области медицины.

В ходе работы по автоматизации информационно-статистической деятельности этапов медицинской эвакуации (на примере медицинской роты бригады) было определено, что современные программно-технические средства медицинской службы предоставляют ряд новых возможностей. Помимо информатизации установленных руководящими документами правил медицинского документооборота на основе форм медицинского учета и отчетности в интересах организации медицинской помощи по психиатрическому профилю целесообразна реализация программных возможностей для решения следующих основных функций:

- обеспечение единообразной регистрации случаев боевой психической патологии, а также признаков воздействия психоактивных веществ, с использованием шаблонов медицинских диагнозов и их кодирования с принятой методикой;
- возможность централизованного обобщения форм психических расстройств и расстройств поведения в интересах организации медицинской помощи старшими медицинскими командирами (начальниками);
- проведения оперативного анализа взаимосвязи распространенности боевой психической патологии с заболеваемостью личного состава, вероятным применением ОМП противником и иными факторами военной службы;
- формирования фиксированных централизованных перечней лекарственных средств психиатрического профиля, для использования в программном обеспечении функциональных подразделений этапов медицинской эвакуации;
- создания шаблонов информационно-справочной поддержки врачебного и среднего медицинского персонала, предоставляющих возможность реализации перечня типовых рекомендуемых медикаментозных и иных видов мероприятий при регистрации новых случаев психического расстройства.

Предложенные и уже реализованные в ходе создания штатных программно-аппаратных средств проведения информационно-статистической деятельности новые возможности информационного обеспечения должны способствовать совершенствованию организации психиатрической помощи в ходе проведения лечебно-эвакуационных мероприятий на этапах медицинской эвакуации.

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТРУКТУРЕ СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ТИПА

Бугорский А.В.

ГПБ №1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург

В течение пяти лет в больнице работает школа психиатрической грамотности для родственников пациентов, страдающих, преимущественно, шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проходящих лечение преимущественно в отделениях первого психотического эпизода. Занятия проходят как в учреждении, так и в выездном режиме – в помещении ПНД районов обслуживания. За основу нами была взята программа, разработанная НЦПЗ РАМН (Т.А. Салохина, В.С. Ястребов, А.И.Цапенко и др, 2011 год), в которую мы внесли некоторые изменения. Инновационные отличия, привнесенные нами, заключаются в совмещении некоторых модулей (3 из 5), предложенных авторами, в единый процесс без их поэтапного проведения. При этом были сохранены следующие структурные элементы: 1) психообразование родственников психически больных; 2) тренинг навыков; 3) участие родственников больных в работе общественной организации.

Модель заключается в комплексном подходе, учитывающем потребности семей (в информации, психотерапии, психологическом консультировании, выработке новых социальных навыков).

Цель работы: 1) снижение бремени болезни и повышение качества жизни родственников больных; 2) подготовка родственников к выполнению роли партнеров в лечении больного, оказании ему поддержки; 3) развитие у членов семьи навыков эффективного решения их собственных социально-психологических проблем.

Материально-техническое обеспечение: 1) кабинет для групповой и индивидуальной работы; 2) проектор для демонстрации слайдов и слайды.

Методика ведения групп. Программа рассчитана на родственников или близких, вовлеченных в уход за родственником, страдающим психическим расстройством. Предпочтение отдается однородности группы по нозологии, но гетерогенной по социальным характеристикам (пол, возраст, образование и т.п.), с разными типами реагирования на возникновение болезни в семье. Ведущие групп должны быть так же представителями обоих полов, что позволяет улучшить взаимодействие участников. Противопоказаниями для участия в групповых занятиях являются: наличие психического расстройства у самого родителя или тяжелое соматическое заболевание, категорический отказ от участия в группе, недоброжелательность в адрес ведущих или других участников группы, высокая степень родства с заболевшим родственником (близнецы, двойня). Количество участников одной группы может варьировать от 7 до 15 человек. Программа рассчитана на 12 занятий, по окончании цикла всем участникам выдается необходимая литература. Продолжительность одного занятия 2 часа, проводятся занятия 1 раз в неделю. Первые три занятия группа является «открытой», после группу «закрывают». Основным требованием к участникам является строгое посещение занятий, соблюдение правил группы, которые принимаются на 4-м занятии. Групповые занятия проводятся врачом-психиатром. Структура каждого занятия включает: приветствие, выявление запросов участников по теме занятия; основную часть в виде лекции; заключительную часть, на которой подводятся итоги занятия и осуществляется повторение пройденного. Каждое занятие начинается с «проработки чувств» участников группы, проведения тренинговых упражнений. По завершении занятия дается домашнее задание, подводятся итоги. На первом занятии создается наглядная таблица ожиданий и опасений, которые формируются самими участниками группы, на каждом последующем занятии каждый участник может

дополнить свои опасения либо ожидания. Для оценки эффективности образовательных программ применялась рейтинговая шкала (оригинальная анкета), включающая такие показатели, характеризующие позицию пациента по отношению к психической болезни, как увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, во взаимоотношениях с окружающими, в частности, в семье, следование медицинским рекомендациям, расширение знаний о мерах при urgentных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния, информированность пациента о психических расстройствах.

Результаты и их обсуждение: в разработанной модели за прошедшие пять лет приняли участие 164 родственников больных.

На начальном этапе анкетирования, перед началом образовательной программы выяснилось, что «болезнь» оказала влияние на их собственное самочувствие и на атмосферу внутри семьи (100%). Они указывали на появление сниженного настроения (12%), испуга (12%), страха, в том числе, жить в одной квартире (23%), тревожности (70%), растерянности (90%), утомляемости (18%), напряженности (30%). Среди изменений внутри семьи респонденты указывали на «отсутствии мира и тишины» (34%), уменьшение терпимости (28%), «повышение взрывоопасности» (15%), напряженности (38%), утрату общения (35%). Кроме того, в исследовании подтвердился общеизвестный факт отсутствия у семей знаний о природе психических заболеваний, их лечении и современных лекарственных препаратах. На отсутствие достаточной информации о лечении психических расстройств указали все опрошенные семьи (100%).

Так же выявлено в результате анкетирования, что наиболее активными пользователями образовательного цикла оказались женщины с высшим образованием, в возрасте от 41 до 72 лет, с хорошим социальным статусом (работающие, замужние и имеющие семью из 2-3 человек). 97% респондентов являлись родителями пациентов и проживали совместно с ними.

В результате социологического опроса участников образовательной программы, удовлетворенность участием в ней выявлена у 89,6% респондентов.

Для оценки эффективности образовательных программ применялась рейтинговая шкала (оригинальная анкета), включающая такие показатели, характеризующие позицию пациента по отношению к психической болезни, как увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, во взаимоотношениях с окружающими, в частности, в семье, следование медицинским рекомендациям, расширение знаний о мерах при urgentных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния, информированность пациента о психических расстройствах.

Выводы: в результате завершающего анкетирования члены семей указали на повышение личной компетентности в области психиатрической грамотности (100%), улучшение коммуникативных навыков (100%), снижение груза субъективной тревожности («перестал/а чувствовать вину и стыд за болезнь близкого человека – (62,5%), примирился/ась и приняла болезнь близкого человека – (25%), получил/а необходимую помощь и знания, как жить в новых условиях – (12,5%)»). Сформировалось представление о психическом расстройстве как о болезни, которую нужно обязательно лечить (100%).

О РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Габрильянц М.А.

Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков, Аппарат Государственного антинаркотического комитета, Москва

17 июня 2015 года под председательством Президента Российской Федерации В.В. Путина состоялось заседание президиума Государственного совета по вопросу «О ходе реализации государственной антинаркотической политики». Обсуждались промежуточные итоги реализации принятой в 2010 году Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года и вытекающие из этих итогов меры по повышению эффективности борьбы с незаконным оборотом и потреблением наркотических средств.

В выступлениях директора ФСКН России В.П. Иванова и других участников заседания отмечались тенденции к снижению наркопотребления в стране на фоне растущего негативного отношения к злоупотреблению наркотиками и, как результат, снижение на одну треть смертности молодежи. Сформирована система антинаркотического законодательства, совершенствуются механизмы правового побуждения к участию наркопотребителей в программах медицинской и социальной реабилитации. Усилиями ФСКН России ликвидируется до 90 процентов преступных наркогруппировок, проводятся международные антинаркотические операции. Выстроена антинаркотическая вертикаль: Государственный антинаркотический комитет – федеральные органы исполнительной власти – антинаркотические комиссии в субъектах России – муниципальные антинаркотические комиссии.

Вместе с тем ситуация с наркотизацией в России далека от благополучия. Не прекращается героиновый наркотрафик из Афганистана. Новой угрозой стали синтетические наркотики, поставляемые из Европы и Юго-Восточной Азии. На 65 процентов за пять лет выросла выявляемость каннабиоидной наркомании. На фоне снижения более чем в два раза случаев заболевания опийной наркоманией более чем в 4 раза выросла заболеваемость

зависимостью от психостимуляторов и в 1,8 раза – зависимостью от других наркотиков. Это вызвало трехкратное увеличение острых токсических синдромов у лиц с 15 до 17 лет.

Недооцениваются роль мер по коррекции социального поведения и возможности использования институтов гражданского общества для организации помощи в преодолении наркотической зависимости. Отсутствует понимание социальной реабилитации как важнейшего инструмента правоохранительной деятельности по декриминализации молодежной среды и средства разгрузки пенитенциарной системы.

Президентом Российской Федерации В.В. Путиным даны поручения, направленные на решение подобных проблем. Будут осуществлены законодательные и организационные меры по упорядочению реабилитационного процесса, поддержке реабилитационных центров в муниципальных образованиях. На расширенном заседании Государственного антинаркотического комитета совместно с Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации 30 июля 2015 года принято постановление, содержащее рекомендации по исполнению указанных поручений, предусматривающие формирование в субъектах Российской Федерации региональных сегментов создаваемой Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков. Особую актуальность приобретают вопросы взаимодействия между Министерством обороны Российской Федерации и другими субъектами антинаркотической деятельности, участия в ней военных психиатров.

О РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПОДХОДЕ К ВЕДЕНИЮ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Габрильянц О.А.

ФГКУ 1586 военный клинический госпиталь Минобороны России, г. Подольск

Военнослужащие с психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, как правило, подлежат увольнению из Вооруженных Сил по состоянию здоровья. В практике психиатрических отделений военных госпиталей в отношении данного контингента сложился устойчивый стереотип, обусловленный необходимостью, в первую очередь, подготовки и проведения военно-врачебной экспертизы. Как объект реабилитационных мероприятий такие военнослужащие обычно не воспринимаются, за исключением участников боевых действий, да и то, если прогноз благоприятен для продолжения службы.

Однако, указанные лица наравне со всеми гражданами по закону вправе рассчитывать на получение наркологической помощи в полном объеме, включая медицинскую реабилитацию. Это вполне укладывается в традиции отечественной военной и клинической медицины с приоритетом индивидуализации лечебно-реабилитационных мероприятий исходя из интересов и потребностей конкретного пациента.

В наркологии необходимость раннего начала реабилитации для достижения длительной и стойкой ремиссии очевидна. Раннее включение пациентов наркологического профиля в реабилитационный процесс призвано минимизировать риск их дальнейшей социальной дезадаптации с неизбежной маргинализацией после увольнения с военной службы. В свою очередь, это будет способствовать оздоровлению наркологической ситуации в стране, включая армейскую среду.

Опыт психиатрического центра 1586 военного клинического госпиталя подтверждает реальность совмещения начала реабилитации с периодом прохождения военнослужащим с наркологическим заболеванием военно-врачебной экспертизы. Целью данного подхода может быть реализация раннего терапевтического вмешательства при наркологической патологии. Спектр решаемых задач достаточно широк и зависит от этапа (стадии) формирования, клинического оформления наркологического заболевания, остроты его течения, наличия коморбидной и сопутствующей патологии, военно-профессиональных, личностных и прочих факторов, включая семейный статус.

К особенностям реализации реабилитационного подхода в рамках военной психиатрии можно отнести необходимость группировки пациентов не только в зависимости от уровня реабилитационного потенциала, но и от характера военно-служебной деятельности. Наиболее удобно выделение следующих 5 групп: военнослужащие по призыву с впервые выявленным употреблением психоактивных веществ; военнослужащие, состоявшие на профилактическом наркологическом учете и снятые с него перед призывом (оформлением контракта); военнослужащие с началом наркологического заболевания до призыва (оформления контракта), но лечившиеся только частным образом; военнослужащие по контракту, впервые направленные на военно-врачебную экспертизу; военнослужащие по контракту с наркологической патологией под маской иных заболеваний.

Необходимыми условиями для успешной реализации реабилитационного подхода являются следующие: наличие врача психиатра-нарколога с психотерапевтической подготовкой, достаточный резерв времени, мотивирование пациента на продолжение реабилитации после выписки.

ОПЫТ АРТ-СОЦИОТЕРАПИИ

Гаврилов В.В.

ЯГМУ, г. Ярославль

Рассмотрение феномена «психопатологической экспрессии» наиболее продуктивно в широком культурно-социальном контексте. Основные сферы объективизации «безумия» издавна ассимилировались религиозно-мистической практикой. Зарождались легенды спонтанной арт-терапии. Например, когда при написании иконы «Образ Пречистые Богородицы Прибавление Ума» к иконописцу возвращался рассудок (XVI в). Сегодня регламентированность религиозных и научных канонов сузили диапазон презентации «безумия», только сектанство, паранауки и современное искусство предоставляют ему приют.

Уже в начале XX в. психиатр П. Карпов (1926) как и его немецкий коллега Г. Принцхорн (1922) высоко отзываются о творческих возможностях душевнобольных. В середине века появляются генетически связанные, но фенотипически различные практики, посвящённые взаимоотношениям «безумия» и искусства: арт-терапии (А.Хилл, 1945) и L'Art Brut (Ж.Дюбюффе, 1949). В конце XX в. в России «медицинская» модель психиатрической службы дополняется «социальными» подходами: акцентируется внимание на усиление внебольничных форм помощи, опирающихся в т.ч. и на ресурсы творчества. В Ярославле возникает общественная инициатива ИНЫЕ (1997), трансформирующая коллекцию творчества душевнобольных в серию регулярных выставок. Для амбулаторных больных в клинике организуется реабилитационный клуб «Изоterra» (2001), объединяющий этапы создания и экспонирования «иног» творчества. В итоге проведено более 90 выставочных акций. Клиницисты и ценители данного художественного направления стремятся перевести подопечных аутсайдеров из потусторонней / краевой позиции «вне/out» во «внутри/in» социального и культурного мейнстрима. И Ар брют успешно легитимизируется в палитре постмодернизма.

Сложно разделить неразрывное единство структуры и функции творческого таинства: баланс *процесса* и *содержания* напоминает взаимосоединяющиеся сосуды отношений терапевтического и художественного потенциала. В арт-терапии искусство представляется процессом вытеснения (альтернативой) патологии, хотя для Ар брют – привлекателен исключительно итог. Грамотно организованные выставочные акции нами рассматриваются одной из форм психосоциального воздействия на психологический климат общества (арт-социотерапия) в целях дестигматизации для преодоления мифа об «ограниченных возможностях» художников. Эффект восприятия дополнительно усиливается демонстрацией документальных фильмов: «Два Андрея» (2012) и «Человек с ружьём – А.Лобанов» (2013), позволяющим выше поднять планку заинтересованности.

Оценка эффективности деятельности клуба «Изоterra» не может быть простой по причине неспешно нарастающего эффекта. Опыт 15-летней активной работы, высокая посещаемость клуба и выставочных акций свидетельствуют: тональность «общественного мнения» претерпела положительную динамику, у современников отмечается тенденция к формированию толерантного отношения с более широким «диапазоном принятия» как психиатрического «опыта», так и пласта культуры созданного в психиатрической среде. Эти изменения коррелируют с фактами реальных поступательных шагов социализации: более уверенными навыками поведения участников клуба, повышением «субъективного» уровня психического здоровья авторов «ув-Лечённых творчеством»... Арт-социотерапия органично и успешно дополняет традиционные формы работы психиатрической службы в нашем регионе.

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ПРЕВЕНТИВНАЯ МНОГООСЕВАЯ УРОВНЕВАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Гончаренко А.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В современных условиях оптимизации сил и средств медицинской службы Вооруженных Сил РФ, несомненно, большое значение приобретают простые и эффективные методы профилактики психических расстройств, которым можно обучить не только специалистов психологической работы и врачей (без психиатрической специализации), но и средний медицинский персонал. Так, разработан и апробирован многоосевой подход к оценке и сопровождению психического здоровья военнослужащих – мониторинг психического здоровья (МПЗ), при этом, принципы его организации позволяют превентивно выявлять лиц с признаками нарушения адаптации к военной службе, а также адресно организовывать их дальнейшее медико-психологическое сопровождение. Так, при проведении психодиагностического этапа МПЗ военнослужащих с определенной периодичностью используется методика «Многомерного скрининга психического здоровья» (МСПЗ) предназначенная для массовых обследований.

Концепция МСПЗ базируется на трех основных положениях. Во-первых, ведущим патогенетическим звеном в развитии пограничных психических расстройств у военнослужащих являются адаптационные нарушения. Во-вторых, выраженность нарушений адаптации можно оценить количественно и определить его уровень (тяжесть). Наконец, при оценке и прогнозе психического здоровья военнослужащего, следует делать акцент на комплексной оценке адаптации личности к военной службе, а не опираться на отдельные качества призванного (профессиональные способности, нервно-психическая устойчивость). Таким образом многоаспективный подход позволяет дать такую комплексную оценку адаптации военнослужащего и, следовательно, персонализировать направление, объем и форму дальнейшей психопрофилактической работы.

Сущность МСПЗ состоит в совмещении оценок субъективной «медицинской», военно-профессиональной и психосоциальной адаптации военнослужащего. Такое совмещение осуществляется по результатам медицинского обследования (проводимого представителем медицинской службы), военно-профессиональной оценки (проводимой непосредственными командирами подразделений) и социально-психологического обследования (проводимого медицинским психологом или специалистом психологической работы и характеризующего межличностные отношения в коллективе), что позволяет выявить, наряду с болезненными проявлениями, нарушения адаптации военнослужащих к условиям военной службы.

В связи с тем, что пик дезадаптационных нарушений и последующей заболеваемости у военнослужащих приходится в 80% случаев на первый-третий месяц от начала военной службы, начинать МСПЗ необходимо в конце первого месяца военной службы, а их результаты учитывать при формировании (корректировке) группы динамического наблюдения. Далее МСПЗ в ходе МПЗ проводится через каждые 4 месяца для военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, и один раз в год – для военнослужащих, проходящих военную службу по контракту.

В ходе МСПЗ военнослужащих используются следующие методики:

- для медицинской оценки (субъективное определение уровня психической адаптации) – тест «Нервно-психическая адаптация»;
- для экспертной оценки командиром военно-профессиональной адаптации – опросник «Анкета динамического наблюдения»;
- для изучения социальной адаптации индивидуума в воинском коллективе – «Параметрическая социометрия».

Медицинская оценка проводится с помощью теста «Нервно-психическая адаптация», который позволяет распределить обследуемых лиц по различным уровням субъективной психической и психосоматической адаптации. Выполнение теста занимает не более 10-15 минут. Бланки обрабатываются средним медицинским работником или другим специально проинструктированным лицом. Обработка бланка сводится к подсчету общей суммы набранных обследуемым баллов и занимает, при наличии минимальных навыков, не более одной минуты.

Для изучения характеристик *социальной (военно-профессиональной) адаптации* используется опросник «Анкета динамического наблюдения», которая заполняется непосредственными командирами подразделений. В ней предусмотрена оценка качества военно-профессиональной адаптации по следующим основным сферам жизнедеятельности военнослужащих: дисциплина, учеба (боевая и физическая подготовка), взаимоотношения с командованием, взаимоотношения с сослуживцами, психологическая устойчивость, профессиональная пригодность. По каждому из перечисленных параметров в соответствии с указанными критериями военнослужащим выставляется оценка по 5-ти балльной системе. Общая оценка прохождения службы рассчитывается, как средняя арифметическая величина выставленных оценок, и заносится командиром подразделения в соответствующую графу анкеты.

Параметрическая социометрия проводится с помощью анонимного социометрического анкетирования. Социометрия имеет целью выявление «социометрических» позиций, т.е. соотносительного авторитета членов группы по признакам симпатии – антипатии, где на крайних полюсах оказываются «лидер» группы и «отвергнутый». Анкетирование проводится медицинскими психологами или специалистами психологической работы. Анонимное анкетирование проводится групповым методом коллективами от 15 до 30 человек (например, повзводно), в отдельном помещении (например, учебном классе). При проведении анкетирования необходимым условием является *максимально возможная разобщенность анкетиртуемых* (например, 1 человек за столом), с целью самостоятельного и анонимного выбора.

При анализе результатов мониторинга психического состояния военнослужащих списки «худших» военнослужащих, отобранных в ходе тестирования с помощью теста «НПА» (16%), «Анкеты динамического наблюдения» (16%) и «Анонимной социометрической анкеты» (16%) сопоставляются между собой.

Именно такое совмещение, позволяет выявить, наряду с «вероятно болезненными проявлениями», при совпадении всех трех неудовлетворительных оценок адаптации, также и нарушения доболезненного уровня патологическую дезадаптацию, при совпадении двух неудовлетворительных оценок, одна из которых – медицинская. Непатологическая дезадаптация определяется при наличии одной «неудовлетворительной» оценки адаптации.

Военнослужащие с тремя неблагоприятными оценками адаптации составляют, как правило, 1% обследованных, с двумя неблагоприятными оценками адаптации, одна из которых медицинская – 6 – 8% обследованных. Они составляют группу, нуждающуюся в осмотре психиатром.

В заключение отметим, что использование методики многоосевой экспресс-оценки психического здоровья военнослужащих, благодаря простоте и доступности занимает немного времени как в процессе обследования, так и при обработке и интерпретации результатов; не требует специальных знаний в области психиатрии; использование двух «внешних критериев» значительно повышает достоверность результатов и позволяет не только выявить военнослужащих с различным уровнем психической дезадаптации, но и дать индивидуальные рекомендации по проведению адекватных психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЕВОМ СТРЕССЕ В АРМИИ США

Дёмкин А.Д., Юсупов В.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Доктрина Армии США и Стратегия управления человеческим капиталом Армии США рассматривают человеческий фактор как ключевой в обеспечении высокой боеспособности вооруженных сил. Основой поддержания боеспособности военнослужащих является управление реакциями боевого стресса. Неконтролируемые дезадаптивные реакции боевого стресса и стресс-зависимое девиантное поведение приводит к деморализации, принятию ошибочных оперативно-тактических решений, росту боевых и небоевых санитарных и безвозвратных потерь.

Анализ доступной литературы позволил установить, что в армии США разработана комплексная и многоуровневая система контроля боевого стресса, в которую включены не только специальные подразделения и учреждения, но и все армейские структуры и члены семей военнослужащих. Основной задачей системы контроля боевого и служебного стресса (Combat and Operational Stress Control – COSC) является формирование психологического резиланса военнослужащих к потенциально травмирующим факторам боевых действий, развитие адаптивных реакций боевого стресса, оказание экстренной помощи во время выполнения и проведения боевых действий для возврата военнослужащих в строй в сроки 24-72 часов, оказание специализированной помощи для пострадавших с острыми формами психиатрической патологии и профилактика развития отдаленных последствий боевого стресса, адаптация к послебоевой и гражданской жизни.

Система профилактики боевого стресса реализуется через программы комплексной психологической подготовки военнослужащих всех уровней, а также членов их семей (Comprehensive Soldier and Family Fitness – CSF2). В войсковом звене обучение, помощь и мониторинг состояния военнослужащих возложен на специально подготовленных в учебных центрах солдат-наставников, младших командиров и капелланов. В структуре медицинской службы функционируют отдельные подразделения Психического здоровья (Mental Health Section – MHS) и Контроля боевого стресса (Combat Stress Control – CSC), занимающиеся профилактикой, оценкой состояния, оказанием помощи и лечением, проведением реабилитации. На уровне армейского командования действуют аналитические группы оценки боевого стресса, научные центры контроля боевого стресса по родам войск и учебные центры для военнослужащих.

ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Днов К.В., Нечипоренко В.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Предупреждение суицидального поведения в Вооруженных Силах является прерогативой не столько медицинской службы, сколько органов управления и всех должностных лиц, имеющих в подчинении личный состав. Для предотвращения суицидальных происшествий у военнослужащих важно знание командиром (начальником) внешних признаков суицидального риска, предшествующих совершению суицида. Многолетний анализ суицидальных происшествий в Вооруженных силах РФ позволил выделить ряд характерных внешних признаков подготовки к самоубийству у военнослужащих, которые можно разделить на три группы: словесные, поведенческие и ситуационные.

Словесные признаки:

1. Прямые и явные заявления о смерти: «Я собираюсь покончить с собой»; «Я не могу так дальше жить».
2. Косвенные намеки о суицидальном намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой»; «Вам больше не придется обо мне волноваться».
3. Многочисленные «шутки» на тему самоубийства.
4. Проявление нездоровой заинтересованности вопросами смерти.

Поведенческие признаки:

1. Раздача вещей, имеющих большую личную значимость, окончательное приведение в порядок дел, прощение обид и т.п.

2. Радикальные перемены в поведении, изменения в привычках, внешнем виде: появление неряшливости, невыполнение приказов, избегание общения с сослуживцами, раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, отгороженность от друзей, семьи, чрезмерная (нехарактерная ранее) деятельность или, наоборот, безразличие к окружающему, внезапные приступы подавленности. Нарастание признаков беспомощности, пассивности, безнадежности, отчаяния и обиды.

Ситуационные признаки:

1. Социальная изоляция (отсутствие друзей), чувство отверженности.

2. Жизнь в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье, в отношениях с родителями или родителей друг с другом).

3. Злоупотребление алкоголем.

4. Служебные конфликты или неприятности.

5. Ощущение себя жертвой насилия – физического, сексуального или эмоционального.

6. Попытки суицида раньше.

7. Совершение самоубийства кем-то из друзей, знакомых или членов семьи.

8. Переживание тяжелой потери (смерти кого-то из близких, развода родителей).

9. Излишне критическая настроенность по отношению к себе.

10. Интимные проблемы.

При появлении вышеописанных признаков необходимо направить военнослужащего к психологу, при необходимости – к психиатру. Следует помнить, что в основе психопрофилактических мероприятий наряду с ранним выявлением военнослужащих, склонных к суицидальному поведению, должны лежать меры, предусматривающие действенную помощь в разрешении личных и семейно-бытовых проблем, а также преодолении военно-профессиональных трудностей, что в конечном итоге способствует благоприятной адаптации военнослужащих к военной службе.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ

Днов К.В., Нечипоренко В.В., Перстнев С.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Несмотря на проводимые органами управления, должностными лицами и медицинской службой мероприятия, в ряде частей имеют место случаи совершения военнослужащими суицидальных попыток и, реже, завершённых самоубийств. Проведенный в 2014 г. анализ суицидальных происшествий показал, что суицидальная обстановка в Вооруженных силах имела ряд особенностей: 1) отмечен рост самоубийств среди военнослужащих, проходящих службу по контракту; 2) наметилась устойчивая тенденция к снижению доли самоубийств среди военнослужащих по призыву; 3) возросло количество самоубийств по причине невротических расстройств и соматических заболеваний; 4) снизилась доля суицидальных попыток по причине неуставных взаимоотношений; 5) возросло количество самоубийств у военнослужащих по контракту, совершаемых по причине денежных долгов и взятых кредитов. Основными причинами самоубийств офицеров и прапорщиков были семейные неурядицы, у военнослужащих по призыву – психическая дезадаптация на фоне моральной и физической усталости. Эти данные свидетельствуют о том, что специалисты медицинской службы не до конца осознали важность своей роли и места в системе профилактических мероприятий суицидальных происшествий, не в полной мере используют имеющиеся для этого возможности. Имеет место недостаточная подготовка врачей по вопросам предупреждения суицидов, отсутствует действенная система взаимодействия в этой работе командиров, органов по работе с личным составом, специалистов-психологов. Работа по предупреждению самоубийств военнослужащих должна строиться в соответствии с требованиями приказа Министра обороны РФ 2014 №533 «О системе работы должностных лиц и органов военного управления по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации» и директивы Министра обороны РФ 1996 г. № Д-18 «О мерах по предотвращению самоубийств в Вооруженных Силах Российской Федерации».

Предупреждение суицидального поведения в Вооруженных Силах является прерогативой не столько медицинской службы, сколько органов управления и всех должностных лиц, имеющих в подчинении личный состав. Профилактику суицидального поведения военнослужащих необходимо проводить комплексно, включая психолого-педагогические, служебно-правовые, медицинские мероприятия.

ОЦЕНКА УРОВНЯ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ

Дронова Т.Г., Дронов О.Е., Чефранова Ж.Ю.

Отделенческая больница ст. Белгород ОАО РЖД, ОКБ, г. Белгород

В структуре алкогольного абстинентного синдрома (ААС) обнаруживаются самые разнообразные психопатологические нарушения, встречающиеся при других психических заболеваниях преимущественно в рамках пограничных состояний. Аффективные расстройства как правило неглубоки, легко обратимы, имеют выраженный тревожный оттенок и могут сопровождаться фобиями с конкретно-жизненным содержанием, а также крайне поверхностными, нестойкими идеями отношения и обвинения в рамках тревожно-параноидной установки. Все это требует особого внимания к больным с алкогольным абстинентным синдромом в плане купирования возможных осложнений со стороны психики.

Успешное применение экстракорпорального ультрафиолетового облучения крови (ЭУФОК) во многих областях медицины поддерживает интерес к механизмам его лечебного действия. Среди многочисленных эффектов воздействия ЭУФОК на организм больного алкоголизмом представляются наиболее значимыми следующие: детоксикация, улучшение процессов микроциркуляции, антиоксидантное действие, улучшение обменных процессов.

Цель исследования сравнение динамики уровня реактивной и личностной тревожности при ААС в ходе проведения экстракорпорального ультрафиолетового облучения крови (ЭУФОК).

Материал и методы. Было обследовано 150 больных мужского пола, страдающих алкоголизмом I – II стадии в период существования у них ААС. Больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 90 больных, получавших наряду с медикаментозным лечением ЭУФОК в течение 3 дней, контрольную – 60 человек, получавших только медикаментозную терапию. Для сравнения динамики психопатологической симптоматики больным было предложено ответить на вопросы шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилберга–Ханина до лечения и повторно после курса лечения.

Результаты Динамика личностной тревожности. До лечения у 67% больных основной группы и у 61% больных контрольной группы преобладала высокая личностная тревожность. В основной группе за период лечения, произошло статистически достоверное перераспределение больных в сторону уменьшения личностной тревожности. При этом число больных с умеренной тревожностью, что является хорошим показателем, увеличилось на 22 процентных пункта. Показатели личностной тревожности в контрольной группе не претерпели существенных изменений.

Высокие показатели реактивной тревожности до лечения отмечены у 29% больных основной группы и у 22% – контрольной групп. Доля лиц с высокой тревожностью уменьшилась на 19 процентных пунктов, доля лиц с низкой реактивной тревожностью, напротив, возросла на 36 процентных пунктов. Динамика реактивной тревожности у больных контрольной группы не претерпели существенных изменений.

Исследования показали, что уровень реактивной тревожности перераспределялся благоприятнее в основной группе.

Выводы. Таким образом, доказано, что у больных, получавших лечение методом ЭУФОК, эффективнее купировались высокая личностная и реактивная тревожность.

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ БОЛЬНЫЕ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ежова Е.А., Никитенко А.И.

ГорПНД №7 (со стационаром, Санкт-Петербург)

Введение. В психиатрический стационар госпитализируются больные с сочетанной патологией. Одна из таких групп – больные с психическими расстройствами и ВИЧ-инфекцией. В большинстве случаев, это пациенты, страдающие наркотической, алкогольной зависимостями. Небольшую группу составляют ВИЧ-инфицированные с шизофренией и другими психическими заболеваниями, никогда не злоупотреблявшие ни алкоголем, ни наркотиками.

Проанализированы медицинские документы больных, получавших лечение в психиатрическом стационаре в 2004, 2007, 2014 гг.

Методы. В исследовании были использованы 109 историй болезни пациентов. Применялись методы медицинской статистики.

Результаты. В результате анализа было установлено, что в течение 2004 г. и 2007 г. количество ВИЧ-инфицированных больных оставалось почти неизменным и составило в 2004 г. – 1,3%, в 2007 г. – 1,4% от всех госпитализированных в стационар пациентов, но в 2014 г. количество больных несколько возросло и составило 1,7%.

Вич-инфицированные больные мужчины доминировали над вич-инфицированными женщинами. Всего в исследуемой группе было 93 человека – мужчины (85%) и 17 человек – женщины (15%).

В большинстве случаев, 94 человека (86,3%) ВИЧ-инфицированных – это больные с наркотической или с алкогольной зависимостями, 11 человек (10%) – страдающие шизофренией и наркотической зависимостью, и лишь 4 человека – это больные с шизофренией, не злоупотреблявшие ни наркотиками ни алкоголем. Последнюю группу больных составляют 2 женщины и 2 мужчин. Было установлено, что их инфицирование произошло половым путем в результате случайных сексуальных контактов.

Следует отметить, что почти все больные ВИЧ-инфекцией, также инфицированы и вирусным гепатитом С, лишь у 2 пациентов не выявлено антител к гепатиту С, последние не являются наркопотребителями.

Для психических болезней характерно хроническое течение с периодами обострений и ремиссий. Поэтому больные с психическими расстройствами на протяжении длительного течения болезни нуждаются в периодических госпитализациях в стационар. В последние годы увеличивается количество ВИЧ-инфицированных больных с продвинутой стадией заболевания. Если в 2004 г. все больные – 33 человека, поступившие в стационар, находились в бессимптомной стадии заболевания, то в 2007 г. – из 33 больных, 6 пациентов находились в IV А-Б стадии, 2 из них получали АРВТ, назначенную до госпитализации. В 2014 г. – из 43 пациентов получали терапию 4 человека, в IV А-Б стадии поступило 8 пациентов.

В последние годы расширились диагностические возможности обследования больных с психическими расстройствами, в периоде лечения в стационаре. У ВИЧ-инфицированных больных исследуется иммунный статус, вирусная нагрузка. Количество больных, нуждающихся в назначении АРВТ, по результатам обследования, увеличивается. В 2004 г. и 2007 г. пациентов, нуждавшихся в назначении АРВТ, не поступало. В 2014 г. трем пациентам, длительно находящимся на лечении в психиатрическом учреждении, после иммунологического обследования назначена АРВТ при содействии Центра-СПИД.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют установить, что количество ВИЧ-инфицированных больных в психиатрическом стационаре возрастает, как и в общей популяции, мужчины преобладают над женщинами. Основной путь инфицирования – парентеральный, путем внутривенного введения наркотиков. Вич-инфицированным больным, находящимся в психиатрическом стационаре, в последние годы доступно иммунологическое обследование. Пациентам, нуждающимся в лечении, назначается АРВТ и количество таких больных увеличивается.

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ АНТИПСИХОТИКОВ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЛИМФОЦИТАРНОЙ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ НЕЙРОТРАНСМИССИИ *IN VITRO*

Ершов Е.Е., Сосин Д.Н., Кирничная К.А., Иващенко Д.В., Тараскина А.Е.,
Михайлов В.А., Насырова Р.Ф., Иванов М.В., Крупицкий Е.М.

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, СПб ГБУЗ ПБ №1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург

Фармакотерапия психических расстройств до настоящего времени остается одной из наиболее сложных областей медицинской науки, что в основном связано с ограниченными возможностями прогнозирования эффективности и безопасности препаратов. Анализ функциональной активности генов и белков дофаминергической нейротрансмиссии, ключевого звена в патогенезе шизофрении, алкогольной зависимости и развития нежелательных явлений от приема антипсихотиков, может играть предиктивную роль при выборе препарата. В связи с этим актуальным представляется подбор быстро диагностируемых показателей нейротрансмиссии дофаминергической системы, которые наиболее точно отражают индивидуальные особенности ответа на терапию. Основываясь на взаимодействии и взаимообусловленности функционирования иммунной, нервной и эндокринной систем, лимфоцитарные клетки периферической крови человека представляют собой удобный объект исследования: упрощенную модель дофаминергического нейрона. В настоящее время, активно исследуют дофаминергическую нейротрансмиссию лимфоцитов периферической крови при многих психических заболеваниях (Buttarelli F.R.etal., 2011). Как было показано данными авторами, лимфоциты периферической крови человека представляют собой удобный объект исследования: упрощенную модель дофаминергического нейрона, причём они контактирует с дофамином не только в лимфоидной ткани, содержащей нервные волокна, синтезирующие дофамин, но также и в спинномозговой жидкости, и плазме крови. Более того, лимфоциты самостоятельно синтезируют дофамин, и содержат на своей поверхности основные классы дофаминовых рецепторов. Также, установлено, что экспрессия генов, кодирующих ключевые белки дофаминергической нейротрансмиссии периферических лимфоцитов, коррелирует с экспрессией

этих генов в нейронах головного мозга. Таким образом, обмен дофамина в лимфоцитарных клетках отражает особенности дофаминергической нейротрансмиссии всего организма.

Основная цель нашего исследования – разработка стратегии персонализированного подхода в терапии антипсихотическими препаратами различных генераций на основе индивидуальных особенностей рецепторов нейротрансмиссии. Экспериментальное решение, предлагаемое нами для реализации междисциплинарного подхода к терапии антипсихотиками на основе индивидуальных особенностей рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов, заключается в модулировании проводимого лечения *in vitro* на лимфоцитарных клетках периферической крови пациента и измерении показателей дофаминергической нейротрансмиссии в ходе культивирования под воздействием антипсихотиков. Данная модель по нашему мнению способна адекватно отражать физиологическое состояние дофаминергической нейротрансмиссии в центральной нервной системе организма, от которого получены лимфоцитарные клетки, что позволяет ее использовать в дальнейшем в клинической практике для прогнозирования эффективности психофармакотерапии. Для оценки адекватности выбранной модели все эксперименты, измерения показателей дофаминергической нейротрансмиссии под воздействием типичных и атипичных антипсихотических препаратов, ведутся в двух направлениях: на культивируемых в *in vitro* условиях лимфоцитах и на лимфоцитах, только что выделенных от пациентов (получаемых на нагрузку нейрореплетиками в организме хозяина).

Оценка молекулярно-генетических параметров с сопоставлением клинической эффективности и безопасностью нейрореплетиков лежат в основе клинко-биологических параллелей, отражающих состояние рецепторного пула нейротрансмиттерной системы. Данные параметры служат основой персонализированного алгоритма назначения антипсихотических препаратов для пациентов, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью. Применение современных молекулярно-биологических и молекулярно-генетических методов исследования устанавливают клинко-биологические соотношения, отражающие состояние рецепторного аппарата при возникновении нежелательных явлений у пациентов, нуждающихся в антипсихотической терапии. На основе полученных данных будет обоснован и разработан персонализированный алгоритм назначения антипсихотических препаратов, выявлены показатели необходимые для прогнозирования эффективности и риска возникновения побочных нежелательных эффектов нейрореплетиков (метаболических, экстрапирамидальных, вегетативных и психических). Разработанный алгоритм с учетом индивидуальных особенностей рецепторной экспрессии, задействованного в фармакологическом действии психотропных препаратов, позволит в значительной степени объективизировать критерии оценки результатов назначаемой фармакотерапии и послужит паттерном дифференцированного фармакологического лечения – базисом персонализированной терапии данных категорий больных. Совершенствование прогностической оценки безопасности и эффективности антипсихотиков различных генераций, за счет разработанного алгоритма назначения препаратов, повысит эффективность терапевтических мероприятий, улучшит качество жизни и социальную адаптацию больных с уменьшением финансовых затрат на лечение. Результаты также помогут развитию фундаментальных аспектов медицины в области клинической фармакологии, а также биологической наркологии и психиатрии; будут способствовать раскрытию патогенетических основ возникновения побочных эффектов и терапевтической резистентности при применении антипсихотических препаратов в клинической практике.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СПЕЦСООРУЖЕНИЙ ВВС

Жовнерчук И.Ю., Жовнерчук Е.В., Абриталин Е.Ю., Палехова О.В., Брюханов А.В.

Филиал №1 «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневецкого», г. Красногорск, Центральная КБ МВД России, Москва, ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Центр психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по г. Севастополь

Из-за специфики военной службы в спецсооружениях Военно-воздушных сил (ВВС) на психическое здоровье военнослужащих оказывают негативное воздействие различные неблагоприятные факторы. Существующая на сегодняшний день система диспансерно-динамического наблюдения военнослужащих не позволяет в полной мере обеспечить профилактику психических нарушений у военнослужащих спецсооружений ВВС. В связи с этим целесообразно совершенствовать имеющиеся и разработать новые подходы к системе профилактики психических расстройств среди военнослужащих спецсооружений ВВС.

Цель исследования: разработать рекомендации по совершенствованию организации психопрофилактической работы среди военнослужащих спецсооружений ВВС на основании изучения особенностей их психического здоровья.

Материал и методы исследования. Изученная группа военнослужащих (опытная группа – 150 человек) состояла из офицеров мужского пола ($n=71$, сред. возраст $34,6\pm 3,5$ лет), военнослужащих-женщин ($n=44$, сред. возраст $22,5\pm 1,3$ лет) и военнослужащих по контракту рядового и сержантского состава ($n=35$, сред. возраст $42,9\pm 3,9$ лет). В некоторых исследованиях принимали участие военнослужащие контрольной группы (60 человек), профессиональная деятельность которых связана с выполнением аналогичных задач, но вне влияния условий спецсооружений. Эта группа была также представлена офицерами мужского пола ($n=25$, сред. возраст $36,5\pm 2,3$ лет),

военнослужащими-женщинами ($n=16$, сред. возраст $26,7\pm 1,8$ лет) и военнослужащими по контракту рядового и сержантского состава ($n=19$, сред. возраст $39,4\pm 2,6$ лет).

Особенности психического состояния военнослужащих изучались в процессе клинико-психопатологического обследования, а также с помощью следующих психодиагностических методик: Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А. Маклакова, тест «Нервно-психическая адаптация» [Гурвич И.Н., 1988], шкала самооценки уровня тревожности Ч. Спилбергера – Ю. Ханина, тест Г.Айзенка, тест Л. Зонди, опросник Г. Шмишека, тест внутриличностной конфликтности А. Шпилова и 16-факторный опросник Р. Кеттела. Особенности социального функционирования изучались с помощью анализа показателей социальной адаптации, определяемых врачом по специальным критериям [Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001], и самооценки пациентом своего качества жизни посредством опросника «Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form». Оценка адаптационно-резервных возможностей организма проводилась с помощью проб Штанге, Генча, Мартине, Руфье, по результатам которых вычислялись индексы Богомазова, Кердо, Робинсона, Старра, Риды и индекс физиологических изменений. Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования. Для выявления влияния профессионально-обусловленных факторов на психическое здоровье военнослужащих спецсооружений ВВС результаты экспериментально-психологического обследования были проанализированы с помощью многофакторного анализа с применением математических моделей статусметрии. У военнослужащих спецсооружений ВВС были выявлены более высокие показатели психастении ($16,6\pm 0,4$) и ипохондрии ($9,6\pm 0,3$) по опроснику «Адаптивность», а также реактивной тревожности ($48,1\pm 0,5$) по тесту Спилбергера-Ханина, чем у военнослужащих с аналогичными условиями военной службы вне влияния профессионально-обусловленных факторов спецсооружений ВВС ($p<0,001$).

Для изучения особенностей социального функционирования военнослужащие опытной и контрольной групп были поделены на группы с продолжительностью военной службы до 10 лет и более. Профили социальной адаптации (объективные показатели социального функционирования) у обследованных военнослужащих были схожи «по контуру», существенно выделялись из общей массы высокая оценка в сфере «работа» у военнослужащих контрольной группы с длительностью службы до 10 лет ($3,6\pm 0,9$) и низкая оценка в сфере «межличностные отношения» у военнослужащих опытной группы с длительностью службы более 10 лет ($1,5\pm 0,6$).

Разброс показателей качества жизни (субъективные показатели социального функционирования) у военнослужащих опытной и контрольной групп с разной длительностью военной службы во всех группах был весьма значителен. Наибольший разброс значений был у военнослужащих опытной группы с длительностью службы более 10 лет, наименьший – у военнослужащих контрольной группы с длительностью службы менее 10 лет. Менее всего военнослужащие опытной группы с длительностью службы более 10 лет были удовлетворены «своей работой» ($2,0\pm 0,5$), «финансовым положением» ($2,0\pm 0,6$) и «медицинской помощью» ($1,7\pm 0,8$).

При изучении влияния профессионально-обусловленных факторов на адаптационные особенности военнослужащих было обнаружено, что с увеличением продолжительности военной службы в условиях спецсооружений ВВС индекс Богомазова снижался, что свидетельствует об истощении функциональных резервов кардиореспираторной системы, причем у военнослужащих с длительностью службы более 10 лет данный показатель не восстанавливался полностью даже после межсменного отдыха, оставаясь в диапазоне от $83,2\pm 4,2$ до $66,3\pm 5,5$ усл.ед.

Для уменьшения негативного влияния профессионально-обусловленных факторов с военнослужащими спецсооружений ВВС проводилась психокоррекционная работа, включавшая применение методик психической саморегуляции (ПСР) «Мобилизация-2» при подготовке к несению службы в условиях спецсооружений ($n=32$) и «Мобилизация-1» – после прекращения воздействия профессионально-обусловленных факторов спецсооружений ВВС ($n=44$). Психокоррекционные мероприятия позволили уменьшить выраженность тревожности, причем после применения ПСР «Мобилизация-2» статистически значимо снизилась реактивная тревожность (на $9,1\%$, $p<0,05$), после ПСР «Мобилизация-1» – личностная тревожность (на $9,7\%$, $p<0,05$).

В результате проведенного исследования был сформулирован организационный алгоритм психопрофилактических мероприятий, включавший в себя следующие этапы: 1) формирование группы динамического наблюдения и определение целесообразности разработки индивидуальной программы психокоррекции по результатам психодиагностического обследования; 2) разработка персонализированных программ психопрофилактики с учетом длительности военной службы в условиях спецсооружений ВВС при положительном прогнозе разработки программ психокоррекции; 3) проведение психопрофилактических мероприятий, включая методики психической саморегуляции «Мобилизация», и коррекция состава группы динамического наблюдения по результатам психодиагностического обследования и оценки адаптационно-резервных возможностей.

Эффективность предложенного алгоритма оценивалась по изменению показателей 16-факторного опросника Р. Кеттела через 12 и 24 месяцев. Изучаемая выборка ($n=59$) была разделена на две группы: в 1-ю группу ($n=27$) вошли военнослужащие спецсооружений ВВС, у которых психопрофилактические мероприятия проводились по разработанному алгоритму, а во 2-ю группу ($n=32$) вошли военнослужащие спецсооружений ВВС, которым психопрофилактические мероприятия проводились в традиционном объеме. У военнослужащих 1-ой группы отмечается повышение показателей эмоциональной устойчивости с $8,43\pm 0,24$ до $9,94\pm 0,17$ ($p<0,05$), снижение тревожности с $4,82\pm 0,24$ до $2,78\pm 0,23$ ($p<0,01$) и напряженности с $5,07\pm 0,38$ до $4,03\pm 0,13$ ($p<0,05$). Причем, если при исходном уровне эти показатели между группами отличались незначительно ($p>0,05$), то в дальнейшем показатели

1-ой и 2-ой групп значительно отличались, что свидетельствует о более успешном проведении психопрофилактических мероприятий с применением методик ПСР «Мобилизация» и учетом продолжительности военной службы в условиях спецсооружений по сравнению с психопрофилактикой в традиционном объеме.

Заключение. Таким образом, психическое здоровье военнослужащих спецсооружений ВВС характеризуется более высокими показателями психастении ($16,6 \pm 0,4$) и ипохондрии ($9,6 \pm 0,3$) по опроснику «Адаптивность», а также реактивной тревожности ($48,1 \pm 0,5$) по тесту Спилберга-Ханина, чем у военнослужащих с аналогичными условиями военной службы вне влияния профессионально-обусловленных факторов спецсооружений ВВС ($p < 0,001$). Показатели социального функционирования военнослужащих спецсооружений ВВС ниже, чем у военнослужащих, профессиональная деятельность которых проходит вне влияния условий спецсооружений. Причем с увеличением срока военной службы показатели социального функционирования снижаются: минимальные оценки получены у военнослужащих с продолжительностью военной службы в условиях спецсооружений ВВС более 10 лет (социальная адаптация – $2,1 \pm 0,4$, качество жизни – $2,5 \pm 0,6$).

Анализ влияния профессионально-обусловленных факторов на адаптационные особенности военнослужащих показал, что с увеличением продолжительности военной службы в условиях спецсооружений ВВС ухудшаются показатели резервных возможностей организма, причем у военнослужащих со сроком службы более 10 лет эти показатели не восстанавливаются полностью даже после межсменного отдыха (индекс Богомазова от $83,2 \pm 4,2$ до $66,3 \pm 5,5$ усл.ед.). Применение методик психической саморегуляции у военнослужащих спецсооружений ВВС позволяет уменьшить выраженность тревожности ($p < 0,05$), а также повысить уровень нервно-психической адаптации со значительным эффектом в 12,5% и в 25,0% случаев до и после прекращения воздействия профессионально-обусловленных факторов спецсооружений ВВС соответственно. Проведение психопрофилактических мероприятий с применением методик психической саморегуляции и учетом длительности военной службы в условиях спецсооружений ВВС по сравнению с психопрофилактикой в традиционном объеме позволяет более эффективно повысить эмоциональную устойчивость (с $8,43 \pm 0,24$ до $9,94 \pm 0,17$, $p < 0,05$), снизить тревожность (с $4,82 \pm 0,24$ до $2,78 \pm 0,23$, $p < 0,01$) и напряженность (с $5,07 \pm 0,38$ до $4,03 \pm 0,13$, $p < 0,05$) по данным опросника Кеттелла.

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЭПИЗODOV НА ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ДЕПРЕССИИ У ПОЖИЛЫХ

Захарченко Д.В., Чубан О.И.

ГБУЗ ПНД № 5, Санкт-Петербург

С целью изучения влияния количества перенесенных эпизодов на клиническую картину депрессии в позднем возрасте, а также на особенности восприятия депрессии у пожилых, было обследовано 40 стационарных пациентов старше 50 лет с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства, перенесших ранее не менее двух депрессивных фаз. Использовалась структурированная клиничко-статистическая карта, шкала депрессии Гамильтона HADS-21, тест MMSE и индекс коморбидности Чарлсона. Статистический анализ был проведен с использованием методов непараметрической статистики.

Средний возраст больных в выборке составил $68,5 \pm 8,8$ лет, с преобладанием лиц женского пола (90%). В 22,5% случаев отмечалась наследственная отягощенность по психическим заболеваниям. Возраст начала аффективного заболевания составлял в среднем $50,1 \pm 15,4$ лет, а его длительность – $18,4 \pm 13,8$ лет. Среднее количество фаз было $3,5 \pm 2,4$, они длились в среднем по $5,5 \pm 5,1$ месяцев, а средняя длительность ремиссий составляла $62,2 \pm 55,8$ месяцев.

В зависимости от количества перенесенных эпизодов выборка была разделена на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, перенесшие менее четырех фаз (67,5%), а во вторую – 4 и более фаз (32,5%). Группы не отличались по полу и возрасту, а также уровню соматической патологии (индекс Чарлсона $4,2 \pm 1,2$ балла) и степени сохранности когнитивных навыков (MMSE $27,1 \pm 2,7$ балла). В группе с большим количеством перенесенных эпизодов была больше и средняя тяжесть депрессии ($23,6 \pm 5,8$ баллов по шкале депрессии Гамильтона против $20,1 \pm 5,1$ балл в первой), а также достоверно чаще встречались жалобы на снижение памяти (84,6% против 53,8%), ощущение собственной несостоятельности (84,6% против 57,7%), малocenности (69,2% против 34,6%), пессимистическая оценка своего прошлого (30,8% против 7,7%), желательность смерти (53,8% против 23,1%), снижение уверенности в себе (92,3% против 65,4%), увеличение наличие ранних пробуждений (92,3% против 69,2%) и сенестопатий (61,5% против 30,8%). В этой группе отмечалась тенденция к более частым жалобам на подавленность (92,3% против 76,9% в первой группе), ангедонию (92,3% против 88,5%), безнадежность (69,2% против 46,2%), ощущение покинутости (38,5% против 15,4%), чувство вины перед близкими (61,5% против 42,3%), ощущение собственного «оглупления» (61,5% против 46,2%) и трудности с восприятием новой информации (76,9% против 53,8%). После курса адекватной антидепрессивной терапии (в течение 7 недель) клинически значимая депрессия (7 и более баллов по шкале Гамильтона) сохранялась у 17,5% пациентов общей выборки, встречаясь достоверно чаще у больных второй группы (36% против 13%).

Полученные данные позволяют предполагать, что большее количество перенесенных ранее эпизодов связано в дальнейшем с большей тяжестью депрессии и большим количеством депрессивных симптомов, переживаемых пациентами пожилого возраста.

ВЛИЯНИЕ ЭСТ НА УРОВЕНЬ БИОМАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦНС У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванов М.В., Зубов Д.С., Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Дорофейков В.В.

СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева, СПбГУ, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. На сегодняшний день электросудорожная терапия (ЭСТ) является высокоэффективным методом терапии психических расстройств, осложненных терапевтической резистентностью. Тем не менее, использование ЭСТ в качестве противорезистентной терапии часто игнорируется клиницистами в связи с высокой стигматизацией данного метода в медицинской среде. Во многом это связано с недостатком объективных данных о его безопасности, что, в свою очередь, приводит к спорным и часто неэффективным стратегиям преодоления терапевтической резистентности, нередко ведущим лишь к потенцированию тех или иных побочных эффектов.

Цель исследования. Объективизация безопасности ЭСТ на основе оценки уровня биологических маркеров, способных отражать повреждение тканей ЦНС у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с установленной терапевтической резистентностью.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов, сравнимых по социальным и демографическим показателям; отвечавших критериям диагноза «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ 10), осложненной терапевтической резистентностью; получавших комбинированную психофармако- и электросудорожную терапию. Сеансы ЭСТ проводились при помощи аппарата «ЭСТЕР» с предшествующей премедикацией, использовалось билатеральное наложение электродов. С целью объективизации показателей безопасности ЭСТ, были исследованы наиболее известные биомаркеры, имеющие отношение к процессам повреждения тканей ЦНС: специфический белок астроцитарной глии – S100B, значительное увеличение концентрации данного вещества возникает при различных видах нейродегенерации и нейродеструкции; нейронспецифическая энлаза (NSE) – фермент, содержащийся в нейронах ЦНС, концентрация которого значительно повышается при любых травматических воздействиях на ткани головного мозга; фермент креатинфосфокиназа (КФК) и ее изофермент КФК-МВ, содержащиеся в клетках скелетной мускулатуры, миокарде, легких, щитовидной железе и головном мозге, повышение уровня в крови которых возникает при повреждениях различного генеза соответствующих органов и тканей. Актуальное психическое состояние и характер побочных эффектов оценивался при помощи шкал PANSS и UKU.

Результаты исследования. Уровень белка S100B у исследуемых пациентов не выходил за рамки нормальных значений (0-200 Нг/л) и составлял в среднем $55,33 \pm 18,8$ Нг/л до начала курса ЭСТ, $36,67 \pm 9,75$ после шестой процедуры и $42,67 \pm 12,6$ Нг/л перед выпиской пациентов. Средний уровень NSE также не выходил за пределы нормы (0-20 Нг/мл), его значения были следующими – $9,44 \pm 1,99$ Нг/мл, $8,03 \pm 1,59$ Нг/мл и $9,54 \pm 1,90$ Нг/мл для первой второй и третьей точки исследования соответственно. Уровень активности общей КФК незначительно выходил за пределы нормы (29-200 ед/л) до начала курса ЭСТ и составлял $236,73 \pm 44,77$ Ед/л. В процессе наблюдения отмечалась тенденция к снижению активности данного показателя до $134,47 \pm 34,65$ Ед/л после шестой процедуры и до $74,33 \pm 25,02$ Ед/л перед выпиской из стационара. Одновременно было установлено, что уровень более специфического изофермента КФК-МВ находился в пределах нормы (0-24 Ед/л) у всех пациентов и составлял в среднем $14,77 \pm 3,12$ Ед/л для первой точки, $10,01 \pm 2,04$ Ед/л для второй и $9,53 \pm 2,1$ Ед/л для третьей.

Выводы. В проведенной работе установлено, что средний уровень биомаркеров, относимых к показателям нейродеструкции и нейродегенерации (S100B, NSE, КФК-МВ), не выходил за пределы нормальных значений. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии объективных признаков повреждения нервных клеток головного мозга при использовании ЭСТ в качестве метода выбора для терапии параноидной шизофрении, осложненной терапевтической резистентностью.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Иванова Г.Р., Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Резидуальная церебрально-органическая недостаточность с формированием патологически измененной «почвы» зачастую способствует хронизации и утяжелению течения развивающихся на ее фоне невротических расстройств (Жислин С.Г., 1965, Нисс А.И., 1989, Пивень Б.Н., 2013). Она является фактором, ухудшающим социальную адаптацию пациентов и терапевтические возможности коррекции (Осетров А.С., 1994; В.Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков, 2000; Васильева А.В., 2012). Среди наиболее распространенных видов патологии невротического уровня у подобных пациентов – развитие тревожно-депрессивных расстройств, которые сочетаются с выраженными астеническими, церебрастеническими нарушениями (Стародубцев А.А., 2010).

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов повышения эффективности психотерапии тревожно-депрессивных расстройств при резидуально-органической недостаточности. Для ее достижения особое внимание было уделено разработке программы обучения пациентов приемам самопомощи и саморегуляции. Данное положение основывалось на том, что формирующиеся когнитивные нарушения в сочетании с эмоциональной лабильностью создают условия для углубления переживания пациентом чувства собственной неполноценности, повышенной уязвимости и неспособности к адекватной регуляции своего личностного функционирования. Склонность к постоянному сравнению с прежними «идеальными» самочувствием и возможностями приводила к переживанию острого чувства потери, «психической инвалидизации» и когнитивной уязвимости с усилением напряженности дисфункциональных схем.

Разработанная нами психотерапевтическая программа самопомощи основывалась на методах когнитивно-бихевиоральной терапии, релаксационных техниках и проводилась в групповом формате. В задачи программы входило повышение самостоятельности пациентов, принятие ответственности за свое поведение и самочувствие, создание адекватного оптимистического представления о собственной жизни, эмоциональных и физических возможностях.

Программа включала в себя обучение саморегуляции (коррекция вегетативного дискомфорта с помощью аутогенной тренировки, навыки совладания с негативными эмоциями), обучение самостоятельной коррекции дезадаптивных когнитивных конструкций (работе с автоматическими мыслями), обучение навыкам саногенного образа жизни (оптимизация режима труда и отдыха, питания, умственной и физической нагрузки). Пациенты стимулировались к большей социализации и подкреплению устойчивого навыка обращения за поддержкой и помощью в совладании с негативными эмоциями к ближайшему окружению. В задачи тренинга входили также формирование и нормализация представления о необходимости регулярного обследования у врача-невролога, приема специфической курсовой терапии с целью коррекции и предотвращения рецидивов основной и неврологической патологии.

Результатом проведенной работы явилось устойчивое снижение уровня тревоги, депрессии, а также улучшение других клинико-психопатологических параметров у пациентов, участвовавших в работе психотерапевтических групп.

АНАЛИЗ ПРЕДИКТИВНОЙ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *SLC6A3 (40-bp VNTR и 1394522C>T) И DBH (RS161115)* В РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Иващенко Д.В., Шувалов С.А., Чупрова Н.А., Бродянский В.Б., Кибитов А.О.

ФМИЦПн, Москва СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Введение. Синдром отмены алкоголя (СОА) включает такие опасные для жизни осложнения, как галлюцинации, острые алкогольные психозы и судорожные припадки. Перспективными для генетической диагностики и прогноза тяжёлых осложнений СОА считаются полиморфизмы генов, связанных с обменом дофамина в ЦНС.

Материалы и методы. Цель: изучить возможные ассоциации полиморфизмов 40-bp VNTR, 1394522C>T и -1021 C/T с развитием тяжёлых осложнений СОА. В данное исследование включены 267 пациентов европеоидной расы (только мужчины), госпитализированных в наркологический диспансер, с диагнозами неосложнённый СОА (F 10.30, n=136), СОА с судорожными припадками (F 10.31, n=15), СОА с наличием делирия или галлюциноза (F 10.40+F10.45+F10.52, n=92) и СОА с делирием и судорожными припадками (F 10.41, n=23). Было проведено генотипирование *SLC6A3/DAT1 VNTR*, 1394522C>T и *DBH -1021 C/T* методом ПЦР в реальном времени.

Результаты. Распределение генотипов в общей выборке пациентов соответствует равновесию Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). Частота носительства аллели VNTR*9R была достоверно выше в группе F 10.31 (43%) по

сравнению с F 10.30 (20%; $p=0.01$) и F 10.41 (17%; $p=0.027$). Аллель С полиморфизма 1394522C>T наиболее часто ассоциировался с диагнозом F 10.31 (92%), достоверно отличаясь от распространенности в группе F 10.41 (59%; $p=0.01$). Анализ частот генотипов достигал достоверных различий только для полиморфизма 1394522C>T: СТ+ТТ почти не встречаются в группе F10.31, преобладая в группе F 10.41 (16,7% и 65,2% соответственно; $p=0,043$).

Логистический регрессионный анализ с группой F10.30 в качестве контрольной подтвердил, что имеются тренды ассоциации диагноза F10.31 с генотипом VNTR*9R/9R ($OR=3,715$, 0,94-14,9 95%CI; $p=0,06$) и F10.41 с генотипом -1021 C/T*CC ($OR=2,8$, 0,97-8,1 95% CI; $p=0,056$).

Заключение. Распределение аллелей полиморфизмов VNTR и 1394522C>T гена *SLC6A3* достоверно различалось между пациентами с судорогами (F 10.31) и психозом с судорожными припадками (F 10.41) в СОА. В дальнейшем планируется продолжение исследования на расширенных выборках, что позволит выявить генетические предикторы развития осложнённых форм СОА и использовать результаты в целях ранней профилактики и клинического прогноза.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ ПРИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г.

Санаторий «Ессентуки», г. Ессентуки, Северный ГМУ, г. Архангельск

Психоэмоциональное состояние и социальное благополучие лиц опасных профессий, в т.ч. военнослужащих, привлекает все большее внимание, в то время как психологическое состояние членов их семей остается вне сферы научных интересов. Известно, что микросоциальное окружение может, как эффективно участвовать в реабилитации, так и способствовать индуцированию постстрессового состояния.

Целью исследования явилось выявление динамики психофизиологических показателей жен военнослужащих в зависимости от психотипологических особенностей для разработки рекомендаций по повышению эффективности медико-психологической реабилитации (МПР) на основе применения биологической обратной связи (БОС).

Материалы и методы. Обследовано 149 женщин 22-48 лет (ср. возраст $39,5\pm 5,4$ лет) – жен военнослужащих, профессиональная деятельность которых связана с командированием в регионы со сложной оперативной обстановкой, в динамике МПР. В соответствии с методологическими принципами конституциональной психологии [1] выделены личностные психотипы: истероидный и циклоидный. Для мониторинга психофизиологических параметров, предоставления данных о нервно-мышечной и автономной активности в форме бинарных, аналоговых, слуховых и визуальных сигналов БОС был использован программно-аппаратный комплекс «БОСЛАБ».

Результаты и их обсуждение. Динамическое исследование ЭЭГ-ритмов с использованием БОС показало значимые изменения изучаемых параметров в МПР [2]. У женщин с выработанным в процессе сеансов БОС навыком произвольного увеличения альфа-ритма наблюдался положительный терапевтический эффект со снижением частоты депрессивных состояний и уровня тревожности. При анализе отфильтрованных ЭЭГ-параметров отмечалось значимое повышение базового уровня амплитуды альфа-ритма и снижение тета-активности у представительниц обоих психотипов, свидетельствующее о повышении устойчивости к стрессу, развитии навыков глубокой психической релаксации. Одновременно с изменениями альфа-тета соотношения менялось и психоэмоциональное состояние – исчезали симптомы депрессии и тревоги, улучшалось качество ночного сна. В результате БОС-тренингов обследуемые достигли улучшения заданных значений по показателям миограммы или температуры. Более выраженное повышение амплитуды альфа-ритма с применением температурно-электромиографических тренингов БОС отмечалось у лиц циклоидного психотипа на фоне снижения уровня электро-миографического напряжения и повышения температуры кончика пальца ведущей руки.

Выводы. Таким образом, у представительниц обоих психотипов, прошедших курс МПР, выявлена положительная динамика психофизиологических показателей. Однако, более выраженное повышение амплитуды альфа-ритма отмечалось в подгруппе циклоидного психотипа. Приобретение женами военнослужащих навыков саморегуляции приводило к значимому изменению значений электромиограммы и температуры, что способствует восстановлению саморегуляции эмоций, интрапсихической адаптации, а также достижению социально-значимых целей.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кобзова К.А., Курасов Е.С., Ефремова Д.А.

ВМедА, Санкт-Петербург

Анализ статистических данных последних лет свидетельствует, что в структуре психической патологии 43,7% составляют органические непсихотические расстройства. В настоящее время при диагностике данной патологии достаточно широко и часто используются инструментальные методы исследования. Однако в связи с тем, что большинство из них (КТ, МРТ, ПЭТ) достаточно сложны, дороги в применении и малодоступны для многих лечебных учреждений, наиболее распространенным остается нейрофизиологический. Среди множества его методик самым распространенным является электроэнцефалография (ЭЭГ), позволяющая выявлять широкий спектр нарушений биоэлектрической активности головного мозга. Учитывая вышеизложенное, целью работы явился анализ особенностей, выявленных при помощи ЭЭГ, у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследование вошли 95 пациентов (65 мужчин и 30 женщин, средний возраст которых составил $58,5 \pm 9,2$ года) с органическими непсихотическими расстройствами. В основную выборку не включались пациенты с тяжелой сопутствующей патологией и эпилепсией. Ведущим методами были клиничко-психопатологический, нейрофизиологический и клиничко-архивный анализ медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. Клиничко-психопатологическое исследование показало, что для всех пациентов были характерны церебрастеническая симптоматика, эмоциональная лабильность, когнитивные нарушения и изменения мнестической сферы. Как правило, усиление психопатологических нарушений происходило постепенно, достигая, в 28,3% случаев, уровня психоорганического синдрома. В зависимости от конкретной нозологии, в клинической картине формировалась дополнительная психопатологическая симптоматика (тревожная, аффективная, поведенческие нарушения). Во время пребывания в стационаре каждому пациенту была выполнена ЭЭГ по стандартной методике.

Анализ ее результатов у больных с органическими непсихотическими расстройствами показал, что наиболее часто встречались умеренные (50,8%) и легкие (33,4%) нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Тяжелые изменения я отмечались у 15 пациентов (15,8%). Характерно, что у всех пациентов выявлялась неустойчивость общего функционального состояния головного мозга. Гендерных различий картины ЭЭГ выявлено не было. Также в ходе исследования был проведен анализ локализации пораженных структур головного мозга в зависимости от тяжести ЭЭГ-нарушений.

У пациентов с легкими изменениями биоэлектрической активности головного мозга чаще были вовлечены в патологический процесс неспецифические срединные (38,5%) и диэнцефальные структуры (23,4%). Картина ЭЭГ при данных нарушениях в большинстве случаев (52,3%) ограничивалась изменениями амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма.

У пациентов с умеренными нарушениями биоэлектрической активности головного мозга наблюдалась большая вовлеченность структур головного мозга: диэнцефальные (42,3%), неспецифические срединные (35,6%), мезодиэнцефальные (18,9%), лимбико-ретикулярные (3,3%). Кроме этого у 33,4% пациентов были выявлены ЭЭГ-признаки цереброваскулярной недостаточности.

У пациентов с тяжелыми нарушениями биоэлектрической активности головного мозга отмечалась большая вовлеченность в патологический процесс структур головного мозга: диэнцефальные (50,1%), неспецифические срединные (32,1%), мезодиэнцефальные (10,4%), лимбико-ретикулярные (5,3%) и стволовые (2,1%). У большей части обследованных наблюдались ЭЭГ-признаки цереброваскулярной недостаточности (58,4%).

Также было установлено, что у пациентов с умеренными и тяжелыми нарушениями биоэлектрической активности головного мозга существенно изменялись функциональная активность лимбических структур мозга, а также наблюдалась дисфункция систем регуляции. Кроме этого, у пациентов этих групп отмечалась генерация синхронизированных медленных колебаний, изменялись амплитудно-частотных характеристики альфа-ритма, отмечалось увеличение индекса медленных колебаний, в основном тета-диапазона.

Выводы. Таким образом, ЭЭГ является наиболее распространенным и доступным методом исследования, применяемым в клинической практике и позволяющим определить нейродинамические нарушения. Клиничко-психопатологическое, нейрофизиологическое и клиничко-архивное исследования выявляют определенные особенности ЭЭГ-нарушений у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами. У данных больных отмечаются легкие, умеренные и тяжелые нарушения биоэлектрической активности головного мозга. Для каждой степени тяжести была выявлена специфичность ЭЭГ-нарушений в виде изменений альфа-ритма, вовлеченности в патологический процесс определенных структур головного мозга.

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Козловская О.В., Курасов Е.С., Плискова Е.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Танцевально-двигательная терапия представляет собой разновидность телесно-ориентированной психотерапии и предполагает использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности. Она стремится дать возможность каждому пациенту реализовать свои ощущения в прямом самовыражении, представляющем собой скорее самопроизвольные и неограниченные движения, чем выполнение формальных танцевальных заданий (Веремеенко Н.И., 2006). Танцевальная терапия состоит из двух направлений, имеющих одинаково важное значение: танец и терапия. В настоящее время этот вид психотерапии стал одним из тех методов психологической коррекции, которые используются в работе с больными, страдающими различными психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями. Следует отметить, что современная танцевальная терапия вобрала в себя множество разных подходов – от психоаналитических теорий и психодинамической терапии до поведенческой и гештальт-терапии (Бирюкова И.В., 2001; Гренлюнд Э., Оганесян Н.Ю., 2004).

Цель исследования: изучение современной литературы по вопросу эффективности танцевально-двигательной психотерапии у пациентов с различными психическими расстройствами.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время считается, что танцевальная терапия работает над раскрытием внутренней индивидуальности пациентов и формированием независимой личности, что помогает им вступать в более устойчивые взаимоотношения с миром (Киселева М.В., 2007). Так, если развитие ребенка было дисгармоничным, то эмоциональные, когнитивные, личностные структуры могут не получить своего развития в процессе взросления (Мухина В.С., 2006). Подобные феномены выявляются среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, у которых полноценное благополучное функционирование двигательной сферы затруднено, в определенной степени, в силу нарушенных телесно-эмоциональных отношений с матерью (Савиных В.Н., 2011). В связи с этим, у таких больных происходит нарушение социализации, а также возможностей тренировать и распознавать невербально-телесное выражение эмоций при контактах с другими людьми. Подобное нарушение отношений проявляется в индивидуализме и эгоцентризме, замкнутости и скрытности, тенденциозной «кататимной» переработке впечатлений, недостаточно критическом отношении к себе (Прилепский И.А., 2012).

При многих других формах клинической психопатологии также происходит нарушение отношений, коррекция которых оптимальным образом может быть осуществлена с помощью групповой танцевальной терапии. Главной задачей является не только раскрытие на невербальном уровне особенностей личности пациента, но и коррекция его нарушенных взаимоотношений с окружающим миром. Происходит работа со «здоровым ядром» личности пациентов, раскрывая посредством танца индивидуальность каждого больного, его способность открыто и эмоционально выражать свои чувства. Танцевальная терапия может быть как самостоятельным направлением в реабилитации больных шизофренией, так и вспомогательным методом при проведении вербальной психотерапии (Школьникова Л.Е., 2008).

Танец является легким способом выражения эмоций, даже если опыт человека настолько травматичен, что он не может говорить об этом. В связи с этим танцевально-двигательная терапия также используется при лечении пациентов с ПТСР. Также этот вид психотерапии может помочь людям с физическими недостатками улучшить свою самооценку, научиться балансу и координации. В танцевальной терапии акцент ставится на честном выражении чувств и свободном движении, а не на точности выполнения определенных движений. Танцевальная терапия стала вспомогательным методом реабилитации инвалидов по психическому расстройству, многие из которых либо вообще не могли говорить, либо не были расположены к тому, чтобы к ним применяли вербальное воздействие. После занятий в танцклассе, как правило, они отмечают, что испытали чувства облегчения и душевной гармонии (Козлов В.В., Гиршон А.Е., 2006).

Вывод. Таким образом, танцевальная терапия, несмотря на недостаточную распространенность метода в психиатрических учреждениях, является актуальным и достаточно эффективным методом вспомогательной терапии и реабилитации пациентов с психической патологией.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ЦЕЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Колчев А.И., Ершов Б.Б., Гвоздецкий А.Н., Даева Н.А., Петров М.

ВМедА им. С.М. Кирова, ГорПНД №7 (со стационаром), СПбГУ, Санкт-Петербург

Важной проблемой клинической психиатрии остается дифференциальная диагностика аффективных расстройств. Возможности патопсихологического обследования в рамках клинического дифференциального диагноза, в том числе в отношении оценки аффективных нарушений, хорошо известны. Вместе с тем, в последние годы отечественные и зарубежные авторы предлагают использовать нейропсихологические методы при первичной и дифференциальной клинической диагностике шизофрении и аффективных расстройств. Доказано, что нейрокогнитивный дефицит является ключевой характеристикой как шизофрении, так и аффективных нарушений, не ассоциированных с шизофреническим процессом. В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования было изучение потенциальных возможностей нейропсихологической оценки когнитивной сферы пациентов в целях повышения надёжности клинического дифференциального диагноза шизофрении и аффективных расстройств.

Нами были обследованы 57 человек с выраженной праворукостью в возрасте 20-40 лет в клинически стабильный период заболевания. Среди них – 30 пациентов (5 женщин, 25 мужчин) с диагнозом шизофрения параноидная (F20.0) и 27 пациентов (18 женщин, 9 мужчин) с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство (F33) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Для оценки когнитивного функционирования пациентов была применена стандартизированная шкала «Краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS). Очевидными преимуществами шкалы являются портативность, краткость, а также наличие нормативных показателей, полученных на отечественной выборке. В тоже время, диагностические возможности данной шкалы в контексте клинической первичной и дифференциальной диагностики психических расстройств остаются малоизученными.

При сравнении когнитивных показателей у больных шизофренией и аффективными расстройствами, было выявлено статистически значимое худшее функционирование пациентов с шизофренией в области слухоречевой памяти ($p < 0,001$), беглости речи ($p < 0,001$) и психомоторных навыков ($p = 0,001$). Относительно низкие показатели результатов оценки рабочей памяти и скорости психических процессов были типичны как для больных шизофренией, так и для пациентов с депрессивным расстройством. При этом отмечаются низкие параметры у пациентов с депрессивным расстройством по показателю психомоторных навыков.

Таким образом, было установлено, что при относительном равенстве социально-демографических и клинических характеристик, пациенты с шизофренией по сравнению с пациентами с депрессивным расстройством имели тенденцию к более выраженным когнитивным нарушениям с охватом большего количества параметров нейропсихологической оценки когнитивного функционирования, что согласуется с данными литературы. Наиболее информативными показателями, характеризующими различия когнитивного функционирования у пациентов с шизофренией и депрессивным расстройством по уровню значимости и вычисленной мощности стали следующие: беглость речи, психомоторные навыки, рабочая и слухоречевая память. Скорость психических процессов и проблемно-ориентированное поведение, в данном исследовании, не могут быть признаны достаточно информативными.

Нейропсихологический анализ полученных данных указывает на снижение церебральной активности в нейронных сетевых связях, связывающих орбито-фронтальные и медиобазальные области обоих полушарий у пациентов с шизофренией, тогда как для пациентов с депрессивным расстройством были более типичны левополушарные нарушения.

Следовательно, применение стандартизированных методов нейропсихологической оценки при дифференциальной клинической диагностике аффективных расстройств вполне приемлемо и полезно.

ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Короленко В.В.

Новосибирский ГМУ, г. Новосибирск

Цель исследования: Изучение вопроса интернет зависимости как фактора риска суицидального поведения как индивидуального, так и группового эпизодов; а также основные направления профилактики суицидального поведения.

Материалы и методы: Исследуемая группа состояла из 46 человек; из которых 26 мужчин и 20 женщин, возраста от 19 до 35 лет в ГБУЗ НСО ГНКПБ№3. Изучение наследственных факторов, факторов окружающей среды, которые предрасполагают к развитию интернет зависимости, либо депрессии; исследования случай-контроль лиц, совершивших суицидальные попытки. Ретроспективное изучение взаимосвязи между совершением

суицидальных попыток и появлением интернет аддикции, влияние на суицидальное поведение сочетания факторов-склонности к аддиктивному поведению, личностные особенности, личные достижения, успехи и неудачи в определенные моменты жизни.

Результаты исследования: Частота самоубийств при интернет-аддикции 15%. У 18 пациентов суицидальная попытка носила демонстративный характер и была связана с субъективной оценкой нехватки внимания окружающих, у 15 лиц она была ответной реакцией на переживания, связанные с неудачными попытками установить межличностные контакты вне сети (оффлайн). 23 опрошенных обращались за помощью к психотерапевту онлайн, никто не звонил в службу доверия. Подавляющее большинство, 30 человек, замкнутые необщительные в реальности люди со сложностями общения, в рамках личностных особенностей. У 6 человек сохраняется суицидальная настроенность. У 99% пациентов интернет-аддикция возникла перед появлением суицидальных мыслей, у 1% пациентов после.

Выводы: Была продемонстрирована важность наличия интернет аддикции в совершении суицида, однако единичный фактор не может служить объяснением суицидального поведения как такового. Личностные особенности, возраст, возможное наличие аффективных расстройств, злоупотребление психоактивными веществами высоко коррелирует с совершением суицида. Инициативные проекты по предупреждению суицидов должны основываться на рассмотрении факторов, способствующих формированию суицидального поведения. Также было отмечено, что к лечению депрессии при интернет аддикции, требуется целостный мультидисциплинарный подход, который будет сочетать в себе индивидуальную, групповую и семейную психотерапию, обучение здоровому образу жизни.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ

Крупницкий Е.М.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Диагностические критерии ранних стадий развития зависимости в международных системах классификации существенно различаются. В международной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 диагноз «употребление с вредными последствиями», рассматриваемый в качестве начальной стадии развития зависимости, ставится на основании ущерба, нанесённого физическому или психическому здоровью индивида вследствие употребления психоактивных средств (ПАВ). Следует, однако, отметить, что очень часто очевидный физический или психический вред здоровью развивается вовсе не на начальных стадиях развития зависимости от ПАВ.

В американской системе классификации психических расстройств DSM-IV в качестве начальной стадии развития зависимости рассматривается «злоупотребление», причём этот диагноз устанавливается исключительно на основании социальных последствий потребления ПАВ: проблем, возникающих у потребляющего ПАВ индивида в семье, на работе, в микросоциуме. С переходом от категориального к дименсиональному подходу, т.е. от DSM-IV к DSM-5, диагностические критерии ранних («легких» по DSM-5) стадий развития зависимости изменились незначительно и остались сфокусированными на социальных проблемах индивида, обусловленных потреблением ПАВ. Хотя социальные проблемы действительно развиваются на ранних стадиях формирования зависимости, тем не менее, представляется проблематичным рассматривать их в качестве специфических патогномоничных признаков постановки наркологического диагноза. Кроме того, в разных социумах и культурах степень выраженности социальных проблем, обусловленных потреблением того или иного ПАВ, может существенно различаться, что лишает данный подход транскультуральной универсальности.

Таким образом, важной и актуальной представляется задача формулирования таких специфических психических и поведенческих расстройств, которые могли бы являться надёжными критериями диагностики ранних стадий развития зависимости. Одним из возможных направлений исследований, направленных на решение данной задачи, может являться изучение ранних особенностей нарушений количественного и ситуационного контроля при потреблении ПАВ.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННОЙ СИМПТОМАТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Крылов В.И., Бутылин Д.Ю.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Ощущение принадлежности психических и физических процессов «Я» является одним из базовых свойств человеческой психики. Процессы отчуждения собственных психических и физических функций объеди-

нены клинико-психопатологическим термином деперсонализация. В современной литературе не существует единой точки зрения, касающейся взаимовлияния деперсонализационных и обсессивно-фобических нарушений.

Целью исследования являлось изучение деперсонализационной симптоматики в структуре обсессивно-фобических нарушений.

Материал и методы исследования. В группе исследованных больных (26 мужчин и 27 женщин) типология обсессивно-фобической симптоматики включала в себя две группы навязчивостей: навязчивости экстракорпоральной угрозы и контрастные навязчивости. Основным методом исследования – клинико-психопатологический.

Результаты исследования. Среди пациентов с навязчивыми нарушениями контрастного содержания преобладали явления аутопсихической деперсонализации с болезненными переживаниями внутренней измененности, утратой собственной идентичности вплоть до потери собственного Я. При навязчивостях экстракорпоральной угрозы более характерным вариантом деперсонализационных расстройств являлась соматопсихическая деперсонализация с чувствами измененности, утраты, отчуждения или потери единства своего тела («телесного «Я»). В таком случае собственное тело, либо какие-то его части воспринимались пациентом как посторонние, нередко с чувствами отчуждения таких физиологических процессов, как прием пищи, акты дефекации и мочеиспускания.

Вывод. Дальнейшее изучение особенностей деперсонализационной симптоматики в структуре навязчивостей позволит повысить эффективность лечения путем формирования более четкой психопатологической оценки психических нарушений.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ТРУДА И СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кузьмина С.В., Яхин К.К., Берхеева З.М.

Казанский ГМУ, г. Казань

Цель исследования – изучение психосоциальных факторов риска в формировании синдрома профессионального выгорания.

В 2010 г. на 307-й Сессии Административный совет Международной организации труда (МОТ) утвердил новый Перечень профессиональных заболеваний. Впервые в Перечень МОТ включены психоэмоциональные и поведенческие расстройства, в случае наличия прямой связи между действием данного фактора и психоэмоциональным или поведенческим расстройством, развившимся у работника.

Актуальность настоящей работы определяется высокой социальной значимостью медицинской профессии, низким уровнем социальной защищенности МР в условиях социально-экономических реформ, высоким уровнем психоэмоционального напряжения труда МР, которое определяется не только традиционными факторами рабочей среды и трудового процесса, но и комплексом психосоциальных факторов как производственной, так и непроизводственной природы, способствующих формированию у них СПВ

Материал и методы. На основе анкеты, разработанной экспертами ВОЗ для европейской модели «Управления здоровьем, окружающей средой и безопасностью на рабочем месте», проведено анкетирование 246 медицинских работников, из них 56 врачей, 154 лиц среднего и 36 человек младшего медицинского персонала. В анкете были представлены вопросы, отражающие социальный статус, образ жизни, характер и безопасность трудовой деятельности, наличие факторов стресса как производственной, так и непроизводственной природы. Отдельное место было уделено состоянию здоровья, физической активности, питания.

Результаты и их обсуждение. Проведенное анкетирование показало высокую распространенность среди медработников психофизических, социально-психологических, поведенческих симптомов, что позволяет думать о высокой вероятности формирования синдрома профессионального выгорания. Таким образом, СПВ становится серьезной проблемой среди работников здравоохранения.

Проведенное исследование показало на необходимость своевременного проведения профилактических мероприятий для профилактики СПВ у МР. Причем профилактические мероприятия должны быть в виде комплексной психологической и организационной помощи, направленной на коррекцию этих нарушений. В качестве рекомендаций можно предложить снижение нагрузок, нормирование длительности рабочей смены и количества выработанных часов в течение недели. При этом необходимо учитывать ночные и суточные дежурства и перерывы между ними.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОСУГГЕСТИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ИНСОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Куликов В.О.

ГПБ № 6, Санкт-Петербург

Введение. Инсомния является наиболее распространенной и клинически значимой формой расстройств сна. При этом в последние годы распространенность нарушений сна у учащихся ВУЗов неуклонно растет, в связи с чем появляется необходимость применения методов коррекции инсомний (Денисов, Н.Л., 2009; Лышова О.В., 2010).

Для коррекции инсомнических нарушений ряд исследователей предлагает применять техники гипносуггестивной психотерапии (NgB.Y., LeeT.S., 2008). Однако большинство гипносуггестивных методов требует активного участия гипнотерапевта, что зачастую затруднительно для студентов. Вместе с этим, данные о применении аутосуггестивных методик при коррекции инсомнических нарушений у учащихся ВУЗов малочисленны и носят несистематизированный, а зачастую – эмпирический характер (BeckerP.M., 2015).

Цель исследования: изучить эффективность метода аутосуггестии при коррекции инсомнических нарушений у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Для выполнения исследования были отобраны 84 лица молодого возраста (18,1±0,7 года), с жалобами на нарушения сна. Основная выборка была случайным образом разделена на 3 равные группы: опытная группа 1 («гигиена сна») и опытная группа 2 («аутосуггестия») и контрольная группа. В первой группе («гигиена сна») учащимся давалось рациональное объяснение о причинах нарушений сна, так же испытуемые получали памятку с рекомендациями по его гигиене. Во второй группе («аутосуггестия»), испытуемые были обучены техникам аутосуггестии с помощью адаптированного метода Д. Элмана. Контрольная группа не получала каких-либо рекомендаций по улучшению качества ночного сна.

Для объективизации результатов исследования использовалась анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (модификация анкеты Шпигеля).

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что все обследуемые предъявляли жалобы на нарушения сна. Так, в группе «гигиена сна» преобладали выраженные нарушения сна (57,1%), а в группе «аутосуггестия» – с пограничной инсомнической патологией (71,4%), но значимых отличий не наблюдалось ($p>0,05$). В контрольной группе уровень выраженных и пограничных нарушений сна был равнозначным. В результате при применении метода аутосуггестии все участники исследования отмечали улучшение сна, тогда как при выполнении рекомендаций по гигиене сна только 71,4% участника сообщали об удовлетворенности его качеством ($p<0,01$). Во многом это объясняется тем, что техники аутосуггестии не требуют больших когнитивных затрат, в отличие от рационального соблюдения правил гигиены сна, которые нуждаются в ежедневном тщательном исполнении.

На последнем этапе исследования сна производилось окончательная оценка эффективности проводимых мероприятий. При этом наблюдение участников с инсомническими нарушениями осуществлялось через 2 недели после их начала. Так в группе «аутосуггестия» 35,7% и 64,3% испытуемых охарактеризовали качество своего сна, как «отлично» и «хорошо», тогда как у испытуемых из группы «гигиена» 21,4% и 50,0%, соответственно. При этом в последней группе 28,6% оценивали сон, как «средний», чего не наблюдалось в группе «аутосуггестия». В свою очередь в контрольной группе произошли только незначительные количественные изменения: количество оценивавших сон как «хороший» увеличилось до 28,6%, а «плохой» – 21,4%.

Заключение. Таким образом, применение метода аутосуггестии при коррекции инсомнических нарушений у лиц молодого возраста позволяли достичь положительных изменений цикла «сон-бодрствование». В тоже время техники аутосуггестии представляют собой психокоррекционный инструмент, который обладает такими свойствами, как доступность, экономичность и безопасность, в связи с чем выявляет высокую эффективность даже при краткосрочном применении.

СОВРЕМЕННЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНСОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Куликов В.О.

ГПБ № 6, Санкт-Петербург

Введение. В последние годы выполнен ряд научных исследований, как в нашей стране, так и за рубежом, посвященных изучению инсомнических нарушений среди учащихся ВУЗов (Голенов А.В., 2010; Лышова О.В., 2010; AhrbergK., 2012). Однако данные о клинических особенностях нарушений сна у студентов ВУЗов малочисленны, носят разрозненный, несистематизированный, а порой – противоречивый характер.

Цель исследования: провести анализ современной литературы по вопросам эпидемиологии инсомнических нарушений у учащихся высших учебных заведений.

Результаты и их обсуждение. Результаты эпидемиологических исследований, посвященных инсомническим нарушениям у студентов ВУЗов, свидетельствуют об их высокой распространенности. Так В.И. Дунай, Н.Г. Аринчинская и В.Н. Сидоренко (2013) обследовали 100 студентов Белорусского государственного медицинского университета и пришли к выводу, что у 47% студентов имели место нарушения сна, причем у 66,0% лиц этой группы отмечался недостаточный сон, а у 34,0% – избыточный. В тоже время в своем исследовании Н.Н. Бумарскова (2014) сообщает, что по результатам сомнологического анкетирования 1502 студентов Московского государственного строительного университета 48,0% оценивали свой сон как неудовлетворительный, а 52,0% – как хороший. В целом же, фактически половина студентов имела различные нарушения сна. В свою очередь М.А. Скутина, Т.К. Чернушевич и Н.А. Линькова-Даниелс (2013) обследовали 160 студентов Уральского государственного университета путей сообщения. Результаты исследования показали, что студенты не только младших, но и старших курсов страдают хроническим недосыпанием. Так, если у студентов 1 курса начальные симптомы недостаточности сна имели 25,0% опрошенных, то среди студентов 4 курса – уже 85,0%, а 60,0% отмечали выраженное недосыпание.

Проблема инсомнических нарушений у студентов также активно исследуется за рубежом. Так, при обследовании 400 студентов разных учебных заведений Гонконга было установлено, что 57,5% имели различные формы инсомнических нарушений (Lorna K.P., Suen K.L., Ellis H. et al., 2008). В свою очередь исследователи из Аризонского университета США обследовали 1338 студентов местного колледжа (Gress-Smith J.L., Roubinov D.S., Andreotti C. et al., 2013). По данным субъективного анкетирования были сделаны выводы, что 47,0% опрошенных студентов имели выраженные формы инсомний. Группа исследователей из Мичигана установили, что среди студентов местного колледжа 50,0% имеют повышенную дневную сонливость, а 70,0% – субъективно неприятный неполноценный сон (Hershner S.D., Chervin R.D., 2014). В тоже время проведенное S. Assaad и C. Costanian (2014) обследование 735 ливанских студентов разных университетов показало, что около половины учащихся (47,3%) были довольны своим сном, тогда как большая половина отмечала различные инсомнические нарушения. В свою очередь исследователи из Тайвани S.H. Cheng, C.C. Shih, I.H. Lee et al. (2012) провели обширный эпидемиологический скрининг инсомний, в котором приняли участие 4318 студентов из разных университетов страны. По его результатам было установлено, что 54,7% студентов имеют разные формы нарушений сна.

Заключение. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что распространенность нарушений сна у студентов активно изучается во многих странах. По данным современной литературы, студенты отмечают значительно худшее качество сна, по сравнению с общей популяцией людей. При этом не менее 50% обследуемых студентов субъективно страдает от нарушений сна, причем распространенность этих нарушений постоянно увеличивается. В связи с этим, инсомнические нарушения у студентов высших учебных заведений нуждаются в дальнейшем изучении, а также создании системы психопрофилактических мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

Курасов Е.С., Ремизевич Р.С., Свечников Д.В., Перстнев С.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Расстройства адаптации (РА) являются одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии и наиболее распространенной формой невротической патологии у военнослужащих по призыву. При этом одним из проявлений РА являются нарушения ночного сна, которые оказывают существенное влияние на течение невротической симптоматики.

Целью работы явилось изучение феноменологических особенностей нарушений сна среди отдельных типов адаптационных расстройств. Для этого было исследовано 62 военнослужащих мужского пола с РА. Средний возраст обследованных составил $19,6 \pm 1,2$ года.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при РА в виде «кратковременной депрессивной реакции» нарушения сна выявлялись в 78,9% и были представлены пре- и интрасомническими нарушениями.

Нарушения сна при РА в виде «продолжительной депрессивной реакции», в отличие от кратковременных депрессивных реакций, характеризовались преобладанием постсомнических расстройств – 67,1%, наряду с пре- и интрасомническими (35,3%).

При РА по типу «смешанной тревожной и депрессивной реакции» проявления нарушений сна были представлены, пре- и, особенно, интрасомнической симптоматикой (частыми ночными пробуждениями, сопровождающимися тревожными переживаниями, «умственной жвачкой») – 96,6%. Следует отметить, что нарушения сна при данном типе РА встречались достоверно чаще, чем при других типах ($p < 0,05$).

Патология ночного сна при РА «с преобладанием нарушения других эмоций» была представлена как трудностями засыпания (56,7%), так и поддержания ночного сна (38,1%).

Расстройства адаптации «с нарушением эмоций и поведения» характеризовались инсомническими расстройствами (61,5%), представленными, в основном, пресомническими нарушениями (трудностью засыпания в связи с переживанием текущих проблем) – 46,2%. Также отмечались частые ночные пробуждения и повышенная дневная сонливость – 19,2%.

В то же время при преневротических состояниях (психогенно обусловленных предболезненных расстройствах) инсомнические нарушения встречались только в 23,7% случаев, при этом пациенты не могли отчетливо выявить ведущий компонент этих нарушений (пре-, интра- или постсомнический), а сами жалобы носили, преимущественно, декларативный характер («плохо сплю», «сон плохой», «не высыпаюсь» и т.п.).

Таким образом, наличие и высокая распространенность нарушений сна у военнослужащих с адаптационными расстройствами обуславливают необходимость проведения их своевременной диагностики и индивидуализированного лечения.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ПОДТИПОВ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

Курасов Е.С., Свечников Д.В., Ремизевич Р.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Наиболее частым проявлением невротических расстройств в условиях военной службы являются расстройства адаптации (РА). При этом многообразии и особенностях клинико-психопатологических нарушений, характерных для данной патологии, до сих пор остается за рамками исследований. Речь идет как о феноменологическом содержании, так и о неравномерной выраженности различных компонентов РА (аффективного, идеаторного, моторного и др.).

Целью работы явилось изучение клинико-психопатологических особенностей различных подтипов расстройства адаптации у военнослужащих по призыву. В исследовании приняли участие 65 пациентов мужского пола с расстройствами адаптации, средний возраст обследованных составил $19,6 \pm 1,2$ года.

Расстройства адаптации в виде «кратковременной депрессивной реакции» были выявлены в 10,8% случаев. Нарушения в эмоциональной сфере при этом проявлялись сниженным настроением (85,7%) и незначительной тревогой (57,1%). У 28,6% обследованных выявлялись поведенческие девиации в виде склонности к незначительным самоповреждениям и в нарушении уставных взаимоотношений. Патология когнитивных функций была представлена рассеянностью внимания (42,9%) и трудностью его сосредоточения (28,6%). В структуре общевротических нарушений 71,4% пациентов отмечали повышенную утомляемость, а 14,3% – раздражительность.

В 16,9% случаев было диагностировано РА по типу «продолжительной депрессивной реакции». Эмоциональные нарушения у этих военнослужащих отличались большей представленностью гипотимии (90,9%) и появлением тоскливого аффекта (18,2%). Нарушения в когнитивной сфере были представлены, в основном, рассеянностью внимания (63,6%), реже встречались замедленность ассоциативных процессов и трудность его сосредоточения (36,4%). В структуре общевротической симптоматики доминировали нарушения сна (72,7%) и повышенная утомляемость (63,6%).

РА по типу «смешанной тревожной и депрессивной реакции» было выявлено в 30,8% случаев. Нарушения в эмоциональной сфере были представлены сниженным (депримированным) настроением (85,0%), при этом характерной особенностью являлось наличие умеренно выраженной тревоги у всех обследованных (100,0%). Патология когнитивных функций определялась, в первую очередь, снижением концентрации внимания (55,0%) и трудностью сосредоточения мышления (35,0%). Во многом, эти нарушения были обусловлены не астенической симптоматикой, а выраженным тревожным аффектом. В 90,0% случаев выявлялись инсомнические нарушения.

РА «с преобладанием нарушения других эмоций» было выявлено в 4,6% случаев. При этом типе также выявлялись симптомы сниженного настроения (66,7%), однако, ведущими эмоциональными нарушениями были повышенная раздражительность (100,0%), гневливость (66,7%) и выраженная неустойчивость эмоциональной сферы (66,7%). Характерной особенностью когнитивных нарушений было преобладание рассеянности (66,7%) и трудности переключения («застраиваемость») внимания (33,3%). Поведенческие девиации проявлялись повышенной конфликтностью и нарушениями уставных взаимоотношений (66,7%).

РА «с нарушением эмоций и поведения» было наиболее распространенной формой, выявленной в 36,9% случаев. Нарушения в поведенческой сфере при этом встречались достоверно чаще, чем при других типах РА, и отличались наибольшим полиморфизмом, проявляясь в виде нанесения самоповреждений (62,5%), повышенной агрессивности и нарушении уставных взаимоотношений (37,5%), эпизодическом употреблении ПАВ (20,8%) и оставлении части (16,7%). Нарушения в эмоциональной сфере были представлены колебаниями настроения (91,7%), тревогой (79,2%) и, в меньшей степени, тоскливым аффектом – 33,3%. Патология когнитивных функций была представлена, в основном, рассеянностью внимания (45,8%) и трудностью его концентрации (29,2%).

Таким образом, полученные данные о структуре и особенностях психопатологических нарушений отдельных подтипов РА позволяют осуществлять дифференцированный подход при проведении медикаментозного и психотерапевтического лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА БАЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР № 7 (СО СТАЦИОНАРОМ)»

Курпатов В.И, Гладышенко А. В.

ГорПНД №7(со стационаром), Психотерапевтический центр, Санкт-Петербург

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и необходимости системы лечебных воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных. Эти положения являются важным обоснованием для изменения подходов к организации психотерапевтической помощи, в переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия. Такой стационарзамещающий подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчётливые экономические преимущества.

На протяжении 2014 года нами была внедрена стационарзамещающая форма оказания краткосрочной психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях, без отрыва от производства, которая включает в себя оказание психотерапевтической консультативно-лечебной помощи всем пациентам, не нуждающимся на момент обращения в диспансерном наблюдении, длительностью лечения 4 месяца для невротических расстройств, расстройств адаптации, аффективных расстройств и 6 месяцев для эндогенных психических расстройств. Психотерапевтическая помощь оказывается бригадным методом. В бригаду входит врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. У каждого из специалистов своя зона ответственности. Врач-психотерапевт проводит клиническую диагностику, биологическую терапию, индивидуальную и групповую психодинамическую психотерапию. Медицинский психолог проводит психодиагностику, психологическое консультирование и психокоррекцию по психодинамическому, когнитивно-поведенческому и экзистенциальному направлениям. Специалист по социальной работе проводит поведенческие техники: тренинг стрессоустойчивости, коммуникативный тренинг, тренинг преодоления созависимых отношений и др. Медицинские сестры проводят групповые занятия по саморегуляции и аутогенной тренировке. В процессе лечения пациент получает активную биологическую терапию и психотерапевтическую помощь – от 2 до 16 посещений к каждому из специалистов (до 48 индивидуальных посещений за период лечения) имеет возможность посещать 5 открытых и 2-3 закрытых групп.

- по завершении лечения, при необходимости, динамическое наблюдение за пациентом, дальнейшая поддерживающая терапия, осуществляются по месту жительства в ПНД или психотерапевтическом кабинете.

Выводы. Данный принцип работы позволяет:

- предоставить объём медицинской помощи, соизмеримый со стационарным лечением, сократить сроки оказания специализированной помощи, упорядочить, повысить качество и эффективность оказываемой психотерапевтической помощи, существенно сократить трудопотери, так как эта амбулаторная помощь проводится больным без их отрыва от своей профессиональной деятельности.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Курпатов В.И, Гладышенко А.В.

ГорПНД №7(со стационаром), Психотерапевтический центр, Санкт-Петербург

В **медицинской модели** психотерапии основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию и психотерапевтические и психокоррекционные методы воздействия. Основной «мишенью» такой модели являются психические и психосоматические расстройства, которыми занимается врач-психотерапевт.

Современные представления о биопсихосоциальной сущности болезни диктуют холистический (целостный) подход к больному, который предполагает сотрудничество разных специалистов в единой бригаде на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Современные исследования подтверждают необходимость биопсихосоциального подхода к решению, как проблемы психического здоровья, так и внедрение данного подхода в лечебную практику в виде **бригадной полипрофессиональной модели**. Этот подход реализуется с момента объ-

единения усилий специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе (врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры) в виде полипрофессиональных бригад.

Полипрофессиональная бригада психотерапевтического центра (кабинета, отделения) – это группа специалистов, взаимодействующая и участвующая в психотерапевтическом процессе, состоящая из врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры и обеспечивающая биологическую, психотерапевтическую, социально-психологическую помощь пациенту с психическими расстройствами, с целью достижения улучшения, выздоровления или ремиссии имеющегося заболевания.

Работа полипрофессиональной бригады позволяет:

- обеспечить *краткосрочность* психотерапевтической помощи: одновременно начать работу на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях, совместить групповые и индивидуальные формы работы, которые позволяют в более короткие сроки создать разнообразные модели поведения и общения и работать с ними;

- обеспечить *эффективность* психотерапевтической помощи: подключение четырех специалистов позволяет увидеть пациента с разных сторон, собрать клиническую, психодиагностическую, динамическую информацию, а также создать минимум три модели отношений с пациентом, раскрыть и проработать его внутренние конфликты;

- обеспечить *экономичность* психотерапевтической помощи: подготовка и работа врача-психотерапевта более дорогостоящая, чем медицинского психолога и специалиста по социальной работе и медицинской сестры, в связи с чем, включение данных специалистов в работу с пациентом позволяет снизить количество часов работы врача, сделать экономические затраты на лечение ниже. Групповые формы работы позволяют обслужить большее число пациентов в единицу времени.

Таким образом, медицинская модель в виде четко структурированной полипрофессиональной бригады является необходимым условием современной эффективной психотерапевтической помощи.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Курпатов В.И., Гладышенко А.В.

ГорПНД №7(со стационаром), Психотерапевтический центр, Санкт-Петербург

Для развития психотерапии в Санкт-Петербурге Комитетом по здравоохранению был введен институт внештатного главного психотерапевта. Эту должность длительное время занимала Кашкарова О.Е, главный врач СПб ГБУЗ ПБ№7 им. академика И.П.Павлова. С 2009 год психотерапевтической службой города руководит профессор Курпатов В.И.. По опыту работы Психотерапевтического центра СПб ГБУЗ ГПНДС№7 (Канонерская 12), открытого в 2012 году, психотерапевтическая помощь очень востребована жителями города. Отмечается положительная тенденция в виде внедрения полипрофессиональных бригад специалистов. На протяжении 2014 года внедрена стационарзамещающая форма оказания краткосрочной психотерапевтической помощи, которая включает в себя амбулаторное лечение пациента без отрыва от трудовой деятельности. В тоже время недостаточно активно развиваются бюджетная и частная психотерапевтическая служба.

Организационные изменения в психотерапевтической службе, развитие медицинской психологии и социальной работы привели к появлению многих общественных объединений, ассоциаций, союзов, как по профессиональному признаку, так и по различным направлениям психотерапевтической деятельности. Набрали силу профессиональные психотерапевтические сообщества, такие как Санкт-Петербургское региональное отделение РПА (СПб РПА), Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП), Санкт-Петербургское Региональное отделение Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, Гильдия психологов, психотерапевтов и тренеров имени В. А. Ананьева, Гильдия психотерапии и тренинга, научная секция психологического консультирования и психотерапии Российского Психологического Общества и др.

Однако есть и такая особенность современного этапа – это попытка отрыва психотерапевтического сообщества от психиатрии, а психотерапии от психических больных, подмены понятия психотерапии как медицинского метода психических расстройств психокоррекцией и психологическим консультированием в связи с активным внедрением во врачебное мышление и менталитет философско-психологических моделей психотерапии, в которых нет места больным с психическими расстройствами и биологическим методам лечения. Видимо поэтому врач-психотерапевт часто воспринимается не как врач имеющий опыт и полноценную подготовку по психиатрии, методам и средствам биологической терапии психических расстройств, а как «вожатый» клуба пациентов по интересам, врач-психолог, что полностью противоречит нормативным документам и задачам по сохранению психического здоровья населения, стоящим перед психотерапевтической службой.

Проблемы психотерапевтической службы Санкт-Петербурга: затруднено структурирование психотерапевтической службы, отсутствует регулярный мониторинг показателей деятельности службы, недостаточная работа по профилактике профессионального выгорания специалистов.

Направления развития и реформирования психотерапевтической службы: смещение акцента на развитие амбулаторного звена, развитие сети психотерапевтических кабинетов, межрайонных психотерапевтических

центров, интеграция психотерапии с соматической медициной, раннее выявление и активная терапия болезненных расстройств, для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь и инвалидизации.

30-ЛЕТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РФ. ПОТРЕБНОСТЬ СОЗДАНИЯ «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ»

Курпатов В.И., Курпатов А.В., Гладышенко А.В., Макиенко В.В.

*ГорПНД №7(со стационаром), Психотерапевтический центр, Высшая школа методологии, СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург*

История психотерапии в России подтверждает, что психотерапия является неотъемлемой частью клинической психиатрии.

В этом году медицинское сообщество празднует 30-летие образования психотерапевтической службы России. 31 мая 1985 г., приказом Министерства здравоохранения СССР № 750, в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей – должность «88. Врач-психотерапевт». Официально с этого времени психотерапия стала отдельным видом лечебной деятельности. В этом и последующих приказах (№ 294 от 30 октября 1995 года, №438 от 16 сентября 2003 года) основополагающей является медицинская модель оказания психотерапевтической помощи в рамках полипрофессиональной бригады.

Важно не забывать, что психотерапевт – прежде всего врач-психиатр, имеющий психотерапевтическую подготовку. Он проводит лечение пациентов с психическими расстройствами, как с помощью биологических средств лечения, так и психотерапевтических техник. Учитывая неадекватные современные тенденции в психотерапевтическом сообществе (стремление к внедрению «Австрийской модели» психотерапевтической помощи через психотерапевтические лиги), не следует допускать подмены психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств, проводимого врачом, на психокоррекционные техники, используемые психологами и немедицинскими специалистами для решения психологических проблем в рамках психологического консультирования. Считаем, что данные вопросы должны регулярно обсуждаться в медицинском сообществе.

В настоящее время имеется ряд актуальных проблем, требующих своего разрешения: отсутствие единого видения развития психотерапии в России, координационного центра по развитию психотерапии в России, внештатных специалистов психотерапевтов в МЗ РФ и Росздравнадзоре; общественные психотерапевтические объединения, зачастую опирающиеся на альтернативные модели психотерапии, не достаточно обеспечивают и защищают права специалистов, работающих в области медицины.

Понимая, сколь велико значение общественных организаций в развитии психотерапии, в 2015 году образована «Профессиональная Медицинская Психотерапевтическая Ассоциация». Основные цели, которые ставит перед собой Ассоциация: отстаивание и внедрение в практику психотерапии медицинской модели лечения больных, объединение врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер психотерапевтических подразделений; реабилитационных и психосоматических отделений; образовательная деятельность в части реализации дополнительных образовательных программ; содействие в защите прав членов ассоциации. Ассоциация состоит из самостоятельных сообществ врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестёр, деятельность которых координируется правлением. Членами Ассоциации могут быть врачи и специалисты, разделяющие цели Ассоциации и признающие Устав Ассоциации. Приглашаем к сотрудничеству общественные организации, отдельных врачей и специалистов. Наш электронный адрес: pmraspb@mail.ru

ТИПЫ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Лебедева Г.Г.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день нет достоверных данных об усугублении когнитивного дефицита по мере развития и хронизации заболеваний шизофренического спектра [Gold S., Arndt S., Nopoulos P,1999]. В некоторых исследованиях показано [Rund B.R.,2009], что пациенты демонстрируют относительно стабильный уровень когнитивного функционирования, несмотря на возможные изменения тяжести клинической симптоматики. Шизофрения в большей степени ассоциируется со стабильным когнитивным дефицитом, чем с нарастающей деменцией [Критская В.П., Мелешко Т.П., 2004; Goldberg T.E., Greenberg R.D., Griffin S.J., 1993]. Вместе с тем, предположение об отсутствии негативной динамики устойчивых когнитивных нарушений при шизофрении входит в

противоречие не только с клиническими наблюдениями, но и с объективной оценкой каждодневной социальной и профессиональной активности пациентов («everyday functioning»). Проведенные исследования показали, что психосоциальное функционирование пациентов после лечения и выписки из больницы в существенной степени определяется состоянием его когнитивной сферы [Аведисова А.С., Вериго Н.Н., 2001; Green M.F., Nuechterlein K.H., 1999].

Современное состояние проблемы оценки структуры и динамики когнитивного дефекта при шизофрении характеризуется расхождением теоретических взглядов, что и определяет актуальность задачи уточнения, теоретического осмысления и практической разработки данной проблемы.

Целью исследования было изучение особенностей когнитивного дефицита у пациентов с шизотипическим расстройством, для разработки научно-обоснованных критериев прогноза динамики когнитивного дефекта у пациентов в связи с задачами дифференциальной диагностики и подготовки реабилитационных мероприятий (восстановления когнитивного функционирования).

Материал исследования. В исследовании приняли участие 76 пациентов с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10), (из них 60% мужчин и 40% женщин) в возрасте от 18 до 30 лет ($M=26,67\pm 0,78$).

Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения и признаков нейролептического синдрома; отсутствие полиморфной симптоматики и коморбидных расстройств; информированное добровольное согласие на участие в исследовании и отсутствие возражений со стороны лечащего врача; правшество пациентов.

Методы. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений (Trailmakingtest, TMT, Reitan R.M., Wolfson D., 1993); тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT, Lezak M.D., 1995); тест «Сложная фигура Рея–Остерица» (Rey-Osterrieth Complex Figure Test); таблицы Шульге-Горбова (Горбов Ф.Д., 1971); таблицы Шульге (Рубинштейн С.Я., 1998); субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр», «Сходства» методики Векслера (Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И., 2006); тест на запоминание 10 слов (Лурья А.Р., 1969); стандартные прогрессивные матрицы Равена (Равен Дж.К., Корт Дж.Х., Равен Дж., 2002); пиктограммы (Херсонский Б.Г., 2000). С целью выделения содержательной структуры когнитивного дефицита у пациентов с шизотипическим расстройством был проведен факторный анализ.

Результаты: Визуальный анализ графика собственных значений факторов позволил предположить существование 6-факторной структуры, объясняющей 75,66% дисперсии. Значимыми мы считали факторные нагрузки, превышающие по модулю 0,4.

При анализе факторной структуры были выделены следующие факторы:

Первый фактор – произвольное внимание. Первый фактор составляет 16,44% дисперсии и включает положительные значения произвольного внимания активного (сознательно регулируемое сосредоточение на объекте.) переключаемости внимания, концентрации внимания, эффективности работы и отрицательные значения зрительно-моторной координации. Таким образом, данный фактор можно назвать произвольным вниманием.

Второй фактор – динамическое мышление. Второй фактор составляет 14,77% дисперсии и включает положительные значения зрительно-пространственных способностей (качественное воспроизведение непосредственное и отсроченное фигуры Рея), положительные значения мыслительных операций, проявляющиеся в поиске прогрессивных изменений в фигурах и принципе разложения фигур на элементы (высшая форма абстракции и динамического синтеза), а также показатель долговременной памяти. Таким образом, данный фактор показывает динамический синтез, анализ (высшая форма), также как и зрительно-пространственные функции, которые обеспечиваются долговременной памятью.

Третий фактор – общая логичность мышления. Третий фактор составляет 14,05% дисперсии и включает положительные значения оперативной памяти, особенности мышления – мыслительные процессы аналогии, перегруппировки, общего уровня логичности мышления, невербального интеллекта, а также семантической памяти, вербального абстрактного мышления и отрицательные значения опосредованного воспроизведения. Таким образом, данный фактор объединяет мыслительные процессы и опосредованную память, семантическую память. Данный фактор можно назвать общей логичностью мышления (по одному из ведущих компонентов), которое возможно благодаря опосредованному запоминанию, общему уровню абстрактного мышления и семантической памяти (беглости) и основных процессов – анализа и перегруппировки (классификации)

Четвертый фактор – динамическая координация. Четвертый фактор составляет 11,53% дисперсии. Фактор включает положительные значения динамических характеристик теста фигуры Рея – копирования, непосредственного и отсроченного воспроизведения и отрицательные значения зрительно-моторной координации. Таким образом, с одной стороны в фактор объединены зрительно-пространственные и зрительно-конструктивные способности, при этом, с различным полюсом, что дает основание предполагать, что динамические характеристики (высокая скорость работы) не обеспечивают высоких качественных показателей. Что встречается и в практической деятельности психолога, когда происходит компенсация (потеря времени) для достижения результата.

Пятый фактор – объем памяти на числовом материале. Пятый фактор составляет 9,88% дисперсии и характеризуется положительными значениями теста на воспроизведение цифр, включая в себя объем кратковременной и оперативной памяти. Таким образом, данный фактор отражает объем памяти на числовом материале

Шестой фактор – искажения мышления. Шестой фактор составляет 8,99% дисперсии и состоит из положительных значений показателей искажения мышления.

Таким образом, результаты данного исследования позволяют сделать следующий **вывод**: у пациентов с шизотипическим расстройством можно выделить 6 основных тенденций нарушения когнитивного дефицита: произвольность внимания, динамическое мышление, общая логичность мышления, динамическая координация, объем памяти на числовом материале, искажения мышления.

КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лебедева Г.Г., Симон Ю.А.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Актуальность работы: Распространенность шизофрении по данным разных исследований колеблется от 1,9 до 11 человек на 1000 населения, т.е. от 0,19 до 1,1%. Самые высокие показатели распространенности шизофрении (от 8 до 11 человек на 1000) приходится на возраст от 18 до 44 лет [Дроздов А.А., Дроздова М.В., 2005]. Современная парадигма психиатрии и медицинской психологии основывается на системном подходе в рамках биопсихосоциальной, мультифакторной модели психических болезней [Кабанов М.М., 2000, Вид В.Д., 2001, Коцюбинский А.П., 2006 и др.]. Особый интерес представляют регулирующие эффекты в работе интеллекта у пациентов с шизофренией, которые остаются мало исследованными. В рамках теоретического подхода М.А.Холодной ментальный опыт субъекта рассматривается как психический носитель интеллектуальных свойств. В состав этого опыта, согласно онтологической теории интеллекта, входят три уровня: когнитивный, метакогнитивный, интенциональный. Психологической основой регулирующих механизмов в работе интеллекта является метакогнитивный опыт. Свообразными индикаторами сформированности ментальных структур, лежащих в основе метакогнитивного опыта, выступают *когнитивные стили* [Холодная М.А., 2000, 2002]. Когнитивные стили репрезентируют проявления механизма произвольного интеллектуального контроля, обеспечивающего произвольную регуляцию процесса переработки информации и контроль хода интеллектуальной деятельности, и в этом качестве являются важной составляющей частью системы психической адаптации больных шизофренией. Применительно к психическим заболеваниям изучение когнитивных стилей пациентов с шизофренией почти не проводилось, однако, имеются единичные работы [Яничев П.И., Богданова О.В., 1986, Taifel H. et al, 1964]. В этой связи представляется своевременным экспериментальное изучение проблемы регуляции интеллектуальной активности у пациентов шизофренией, взаимовлияния метакогнитивных структур, личностных характеристик и уровня социальной адаптации больного.

Целью исследования было изучить произвольный контроль интеллектуальной деятельности, представленный когнитивными стилями, у пациентов психиатрического профиля

В исследовании были выдвинуты следующие **задачи**: Изучение и анализ когнитивных стилей у пациентов психиатрического профиля; Сравнение данных полученных у пациентов психиатрического профиля с данными относительно здоровых испытуемых (студентов ВУЗов); Апробация программы «Парктикум МГУ: Рабочее место психолога (РМП) Практика».

В исследовании на добровольной основе приняли участие пациенты ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева (14 человек) 6 мужчин и 9 женщин в возрасте от 18 до 31 года. ($M = 24,5$ лет). В исследовании также приняли участие 13 студентов, все являются учащимися Санкт-Петербургского «НМСУ «Горный» в возрасте от 18 до 21 года; 5 девушек и 8 юношей ($M = 19,5$ лет). Психодиагностическое исследование проводилось с помощью программы «Парктикум МГУ: Рабочее место психолога (РМП) Практика» в два этапа. Первый этап включал проведение тестирования по методикам: (GISH) Тест Готтшальдта, (WITK) Тест Виткина (Первичный), (WITK) Тест Виткина (Вторичный), (ZMC) Зрительно-моторные координации (установка на точность), (STRP) Тест Струпа. Второй этап включал в себя подсчет результатов методик, их обработка в программе «Парктикум МГУ: Рабочее место психолога (РМП) Практика». Сравнение между группами проводилось с помощью U-теста Манна-Уитни.

Результаты исследования: 1. По результатам (GISH) Теста Готтшальдта у пациентов психиатрического профиля, преобладает полнезависимый когнитивный стиль – опора на внешние обстоятельства, пациенты больше доверяют наглядным зрительным впечатлениям при оценке происходящего и с трудом преодолевают видимое поле при необходимости детализации и структурирования ситуации. У студентов преобладает полнезависимый когнитивный стиль – опора на внутреннюю составляющую, собственный опыт, легко отстраиваются от влияния поля, быстро и точно выделяя деталь из целостной пространственной ситуации. Показатели пациентов ($M = 0,58 \pm 3,22$) ниже, чем у студентов ($M = 1,25 \pm 1,3$) на уровне, достигающим статистической значимости ($p < 0,01$).

2. По результатам (STRP) Тест Струпа пациенты психиатрического профиля демонстрируют ригидность познавательного контроля, т.е. трудности в переходе от вербальных функций к сенсорно-перцептивным в силу низкой степени их автоматизации, а студенты, наоборот, демонстрируют гибкость познавательного контроля. Показатели ригидности/ гибкости пациентов ($M = -47 \pm 73$) ниже, чем у студентов ($M = -41 \pm 100$) на уровне, достигающим статистической значимости ($p < 0,01$). Показатели вербальности у пациентов психиатрического профиля

($M=0,53\pm 1,02$), ниже показателей группы студентов ($M=0,6\pm 1,15$) на уровне, достигающем статистической значимости ($p < 0,01$).

3. По результатам методики (WITK) Тест Виткина (Первичный), (WITK) Тест Виткина (Вторичный) высокий показатель по коэффициенту имплицитной обучаемости демонстрируют студенты, а низкие – психически больные. Данный факт свидетельствует о преобладании полнезависимого когнитивного стиля у группы нормы, и полезависимый у группы патологии. У пациентов психиатрического профиля уровень имплицитной обучаемости ($M=-0,53\pm 1$), по результатам выполнения Теста Виткина ниже показателей группы студентов технических ВУЗов ($M=0\pm 0,83$) на уровне, достигающем статистической значимости ($p < 0,01$).

4. По результатам методики (ZMC) Зрительно-моторные координации (установка на точность) пациентам психиатрического профиля характерно допущение большего числа ошибок, в силу деавтоматизации данного процесса, а студентам, наоборот, характерно прохождение данной методики с минимальным числом ошибок.

То., в ходе исследования выявлено преобладание у пациентов психиатрического профиля когнитивного стиля- полезависимости – опора на внешние обстоятельства, пациенты больше доверяют наглядным зрительным впечатлениям при оценке происходящего и с трудом преодолевают видимое поле при необходимости детализации и структурирования ситуации; преобладание ригидности познавательного контроля – трудности в переходе от вербальных функций к сенсорно-перцептивным в силу низкой степени их автоматизации у пациентов.

Расширение знаний о механизмах, обуславливающих психическую и социальную активность пациентов позволит адекватно обосновывать реабилитационную тактику в отношении конкретного больного.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Левитина Е.В., Ноговицина О.Р., Ноговицина Н.И.

ГБОУ ВПО ТюмГМУ Минздрава России, г. Тюмень

Цель. Исследовать психоэмоциональный статус и особенности внутрисемейных отношений детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) с применением проективных методик – теста Люшера и рисунка семьи.

Материалы и методы. Обследовано 150 детей с СДВГ в возрасте 5-12 лет (129 мальчиков и 21 девочка) с помощью проективных методик: второго субтеста Люшера и рисунка семьи. После завершения рисунка с ребенком проводилась беседа на основании рисунка и его особенностей. Интерпретация рисунка семьи включала анализ формальных и содержательных аспектов. Дополнительно была использована методика «Кинетический рисунок семьи» на тему «вечер в семье» для выявления вовлеченности родителей в процесс воспитания и уровень внутрисемейного взаимодействия. Анализ изображения семьи в процессе деятельности, в движении проводился в соответствии с методикой Бернса и Кауфмана

Результаты и обсуждение. По результатам проведения теста Люшера была выявлена гамма цветового предпочтения, характерная для детей с СДВГ данной группы, определен уровень тревожности. Цветовой ряд отличается от аутогенной нормы цветовых предпочтений по Вальнефферу. 1 позиция – красный; 2 – желтый; 3 – желтый и фиолетовый; 4 – зеленый и фиолетовый; 5 – коричневый; 6 – фиолетовый; 7 – коричневый; 8 – черный (синий цвет у детей с СДВГ имел низкую степень предпочтения). Повышение уровня тревожности выявлено у 80% обследованных. Отмечено, что для мальчиков характерны низкие компенсаторные возможности на фоне повышенной тревожности. Анализ формальных аспектов рисунка семьи выявил признаки инфантильности, в основном, в изображении членов семьи у 90% детей. Чувство угнетенности, подавленности – у 20%, чувство незащищенности – у 10%, признаки выраженной импульсивности, гиперактивности – у 50%. Признаки тревожности – у 80%. Чувство враждебности, проявление напряженности, раздражительности – 30% детей, признаки агрессивности всех членов семьи в рисунках 30% детей; признаки вербальной агрессии всех членов семьи – у 30%. Формальные отношения в семье отмечались у 80% детей; слабый эмоциональный контакт ребенка со всеми членами семьи отмечался у 60%. Процент совместной деятельности ребенка и родителей был не высок – в 80% каждый занимался отдельной деятельностью. Подтверждением дистанцированности семейных отношений стали и данные опроса родителей детей с СДВГ посредством опросника ОГСО (оценки гармонизации семейных взаимоотношений и взаимной поддержки). Исследование показало, никогда не получают эмоциональной поддержки при выражении своих чувств 20% женщин, «всегда» уверены в положительной поддержке партнера лишь 9% опрошенных женщин и при этом хотели бы всегда ее иметь 82% женщин. Таким образом, в той или степени чувствуют отстраненность от своего мужа/жены в реальном времени 80% матерей и 100% отцов детей с СДВГ.

Выводы. Таким образом, оценка психоэмоционального статуса и внутрисемейных отношений посредством проективных методик в совокупности с данными устной беседы с ребенком, выявила наиболее значимые проблемы воспитания детей с СДВГ, что позволит включить в состав комплекса медико-социальной и психологической реабилитации детей соответствующие корректирующие мероприятия.

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С МИГРЕНЬЮ

Левитина Е.В., Рахманина О.А.

ТюмГМУ, г. Тюмень

Цель. Исследовать психоэмоциональный статус при мигрени в двух возрастных группах 6-10 лет и 11-17 лет с применением проективных методик – теста Люшера.

Материалы и методы: Обследовано 29 детей в возрасте 6-10 лет и 70 подростков 11-17 лет, страдающих мигренью. Применялся второй субтест Люшера с анализом второго выбора цветового ряда и определением: 1. уровня тревоги 2. «актуальной» проблемы. Уровень тревоги подсчитывался по общей сумме восклицательных знаков. Максимальное количество баллов составляет 12. Восклицательные знаки присваиваются основным цветам (синий, зеленый, красный или желтый), если обследуемый ставит их на 3 последние позиции цветового ряда (последнее место – !!!, 7-е место – !!, 6-е место – !). Также восклицательные знаки присваиваются ахроматическим цветам (коричневый, серый или черный) если обследуемый ставит эти цвета на первые три позиции цветового ряда (1-е место – !!!, 2-е место – !!, 3-е место – !). Определение «актуальной» проблемы проводилось по сочетанию первого и последнего цветов ряда (источник стресса и избранная тактика разрешения), с использованием таблицы стандартных интерпретаций [Люшер М., 2003].

Результаты и их обсуждение: Существует достаточно большое количество исследований уровня тревожности у детей с мигренью. Однако, они проводились при применении вербальных методик (преимущественно теста Спилберга-Ханина) среди подростков. В свою очередь среди детей младшей группы использование вербальных методик недостаточно, в связи с чем нами и был применен проективный метод – цветовой тест Люшера. Итак, независимо от возраста у 75% детей с мигренью определялась повышенная в той или иной степени тревога, у 24% детей не отмечено повышения тревоги по тесту Люшера (0 баллов). В младшей возрастной группе (6-10 лет) повышенный уровень тревожности отмечался у 83%, а старшей (11-17 лет) – у 73%. Как видно из представленных цифр, у подростков несколько чаще ($p=0,430$) отсутствовала тревога, чем у детей младшего возраста. Возможно, при выборе цветов «старшие» дети чаще догадываются о логике теста и осознанно, не проявляя истинной тревоги, выбирают на первые места более яркие, а на последние – более мрачные цвета.

Среди широкого спектра «актуальных» проблем, несколько чаще (48%) встречались 6 цветовых пар. Изучение их стандартных интерпретаций выявило общие тенденции – борьба с ограничениями, стремление к свободе и самоутверждению. При этом только у 14% детей такое положение вещей не квалифицировалось как проблема или конфликт, а у 34% «актуальная» проблема сочеталась с повышенной тревогой.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование подтверждает высокий уровень тревожности у детей с мигренью, в том числе в младших возрастных группах. Применение проективных методик расширяет возрастной диапазон для изучения психоэмоционального статуса при мигрени.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Лещенко Л.В.

Алтайский ГМУ, г. Барнаул

В общей структуре сочетанных форм психической патологии значительное место занимают такие их варианты, где в качестве одного из сосуществующих заболеваний выступает экзогенно-органическое поражение головного мозга (Пивень Б.Н., 2013).

Цель исследования. Изучение сочетания шизофрении и экзогенно-органических заболеваний головного мозга.

Материал и методы. Безвыборочным методом были изучены: 1) медицинская документация всех больных четырёх врачебных участков диспансерного отделения психиатрической больницы (всего 3079 человек). У 434 из них имелась шизофрения. На основании анализа документации с учетом, как врачебных диагностических заключений, так и содержащихся в ней описании признаков, отражающих органическую патологию, было установлено, что из общего числа больных шизофренией у 91(21%) человек имелись и экзогенно-органические заболевания головного мозга. 2). Архивные истории болезни (всего 788) выбывших из дневного стационара для психотических расстройств. У 332 пролеченных пациентов выставлен диагноз шизофрения. Из них в сочетании с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга – 86 (26%) человек. 3). Истории болезни круглосуточного стационара психиатрической больницы (всего 76). У 56 человек – диагноз шизофрения, из них в сочетании с экзогенно-органическими заболеваниями – 19 (33,9%). Клиническим-психопатологическим методом обследовано 65 человек с уже установленным диагнозом шизофрении в сочетании с экзогенно-органической патологией различного генеза и разной степени выраженности. В исследование включались пациенты с определенной долей кри-

тики к своему состоянию – 32 (49,2%) амбулаторных больных (период ремиссии шизофрении); 13 (20%) больных дневного стационара (после улучшения психического состояния); 20 (30,8%) больных круглосуточного стационара (после купирования острой психотической симптоматики).

Результаты и их обсуждение. Психиатры на практике чаще всего не диагностируют два или более психических заболевания у одного больного. Сочетанный (двойной) диагноз не выносится в листы уточненных диагнозов, посыльные листы, выписные эпикризы, даже в тех случаях, где содержатся сведения о наличии у больных сочетанной патологии. Как показал анализ проводимой терапии данной категории больных, лечение назначалось преимущественно по поводу обострения или в качестве поддерживающей терапии основного заболевания – шизофрении, при этом органическая симптоматика учитывалась не всегда или вообще не бралась во внимание. Более 45% больных лечения по поводу психоорганической симптоматики не назначалось. Возможно, шизофрения в силу своей социальной значимости в диагностическом процессе привлекает основное внимание, а органическая симптоматика остается вне поля зрения.

Выводы. Таким образом, сочетание шизофрении и экзогенно-органических заболеваний головного мозга имеет заметное место в разных звеньях психиатрической службы. Необходима своевременная диагностика этих сочетанных заболеваний для раннего начала терапии и органической патологии головного мозга. При выборе лечения для больных шизофренией, одновременно страдающих экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга необходимо учитывать сосуществование двух болезненных образований.

О СООТНОШЕНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ТВОРЧЕСТВА

Лыткин В.М., Нечипоренко В.В., Баурова Н.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Связь гениального творчества с психическими расстройствами отмечалась на протяжении длительного исторического периода. Еще древнегреческий драматург Эврипид (480–406 до н.э.) обозначал тесную связь между такими состояниями как опьянение, безумие и экстаз художника. Подобной мысли придерживался и Демокрит (460–370 до н.э.): «...без безумия не может быть ни один великий поэт». Платон (428/427 до н.э. – 348/347 до н.э.) считал творчество «бредом, даруемым нам Богами». Аристотель (384–322 до н.э.) пришёл к выводу, что талант – природный дар, естественная способность человека. Сенека приписывал Аристотелю следующую фразу: «Не бывает великого ума без примеси безумства». Гиппократ (ок. 460 до н.э.–377 до н.э.) отмечал, что «...в мозгу заложены и наш ум, и сумасшествие, и безумство, и все наши страхи и ужасы, в том числе и сновидения, а также все наши способности и нерадивость».

В средние века понятия гениальности и психического нарушения всё больше соединялись. Психически больных считали одержимыми дьяволом, а людей с незаурядными способностями, достигших известности – святыми, как и некоторых душевнобольных, страдавших религиозным бредом с галлюцинациями. Учёные обращались к проблеме гениальности и в эпоху Ренессанса. Психиатр Ф. Платер (1536–1614) считал, что выдающиеся в какой-либо области люди должны быть чудаками, чтобы суметь завоевать признание своих современников. Т. Кампанелла (1568–1639) пришёл к выводу, что эпилепсия – признак исключительной одарённости. Б. Паскаль (1623–1662) утверждал: «...чрезмерный ум близок к чрезмерному безумию». Стендаль (1783–1842) указывал: «...известную долю биографии великих людей должны написать их врачи». А. Ламартин (1790–1869) уверенно называл гениальность болезнью.

Первые фундаментальные работы, посвящённые вопросу взаимоотношений творчества и психических нарушений появились в начале XIX века. А. Шопенгауэр (1788–1860) дал следующее определение гения: «...гений заключается в ненормальном избытке интеллекта», а побудительным механизмом гениального творчества является страдание. Моро де Тур (1804–1884) считал, что «...гений, как и всякое состояние умственного динамизма, должен иметь свою органическую основу».

С работ итальянского ученого Ч. Ломброзо (1835–1909) начинается новый яркий период в развитии этой проблемы, а название его книги «Гениальность и помешательство» (1892) превратилось в крылатую фразу. Основная мысль Ч. Ломброзо – гениальное творчество болезненно; в физиологическом отношении между нормальным состоянием гениального человека и патологией помешанного существует немало точек соприкосновения. Признание тесной связи и множества соотношений между гениальностью и помешательством глубоко укоренилось среди ученых в последующие годы. В.А. Гиляровский (1876–1959) отмечал, что «нет принципиальной разницы между творчеством душевнобольного и творчеством нормального человека... Обостренная благодаря болезни способность восприятия, склонность к болезненным преувеличениям могут позволить лучше видеть отдельные стороны явлений». Э. Кречмер (1888–1964) отмечал: «Высокая одаренность сочетается с резко выраженными личностными особенностями... без которых гений становится ординарным способным человеком». Согласно З. Фрейду (1917), талант – это «врождённое умение сублимировать свои глубинные сексуальные комплексы; такая сублимация влечет за собой порою невротические или психотические осложнения...». По мнению Э. Блейлера (1857–1939), гениальность – такое же отклонение от нормы, как и все остальные, при этом она встречается гораздо

реже остальных нежелательных отклонений; между гениальностью и «душевной ненормальностью» существует связь. К. Ясперс (1883-1969), придавая большое значение патографическим исследованиям, считал, что творческие успехи могут быть одним из следствий психической болезни.

По данным американских исследователей, риск заболевания психическими расстройствами у гениев значительно выше (J.L. Carlson, 1978). В 1967 году в ФРГ 6-ым изданием вышла книга W. Lange-Eichbaum и W. Kurth «Гений, безумие и слава» – обзор теорий гениальности с обширным словарём персональных патографий. В данной работе указывается, что гений сам по себе может быть здоров и психические заболевания не являются непременным условием гениального творчества, просто здоровых гениев в их популяции намного меньше, чем больных. Следует упомянуть немецкого психиатра Х. Принцхорна (1886–1933), который создал коллекцию работ пациентов клиники Гейдельбергского университета, насчитывавшую около 5000 работ.

В нашей стране проблема патологии творчества впервые наиболее полно изучалась Г.В. Сегалиным (1878–1960), предложившим специальный термин «эвропатология» – «всякая патология, которая связана и сопровождается, так или иначе, с творчеством и творческой личностью». Согласно работам Г.В. Сегалина (1925–1930), гениальная личность – симбиоз двух скрещивающихся наследственных компонентов: психопатического и потенциальной одарённости, причем первый освобождает из подсознательной сферы компонент одаренности и помогает ему проявить себя; сам по себе, изолированно психоз никакого ценного творчества дать не может. В эти же годы выходит монография П.И. Карпова (1926), в которой указывается, что «...талант и гений проистекают из недр неуравновешенных натур, охранять и беречь последнее – одна из почтенных задач, выпадающих на долю общества и государства».

В последующем длительное время советские ученые старались обходить данную проблему. С.Ш. Недува (1970) пишет, что некоторые психопатологические расстройства могут «своеобразно расцветивать» творческие возможности автора и не нарушать их. Н.В. Гончаренко (1991) в своей книге «Гений в искусстве и науке» опровергает идеи Ч. Ломброзо, отмечая, что возможные чудачества, несоответствие образа жизни и поведения гения с общепринятыми, если и есть, то они легко объяснимы характером деятельности, предельной интенсивностью труда и т.д. Жизнь у гения, как правило, складывается нестандартно, так как он первопроходец, превосходящий интеллект, энергией и устремлением к цели других людей. «Гениальность – не болезнь, гений – не безумец, ему свойственно *sana in sania*» (лат. здоровое безумие). Если видеть за гениальностью болезнь, то неизбежен парадокс: последующие поколения, принимающие «безумные» идеи психически нездорового гения, сами – сумасшедшие, т.е. история должна регрессировать, нежели прогрессировать. К аналогичному заключению в конце XIX в. пришел французский психиатр М. Нордау, хотя в наше время М.В. Шалаева (2007) не вполне согласна с такой точкой зрения. По ее мнению, во-первых, вклад гения в мировую культуру скорее позитивен, чем пагубен, реализованные гениальные идеи делают жизнь людей более эмоционально насыщенной. Во-вторых, популярность «ненормальных» гениев возникает скорее вследствие ролевых ожиданий, которые общество предъявляет к представителям некоторых профессий (художникам, поэтам).

В труде Г.П. Колупаева с соавт. «Экспедиция в гениальность: поток жизни и творчества гения в понимании современной медицины» (1999, 2013), приведен анализ психобиологической природы гениальной личности, авторы знакомят читателя с уникальными патографическими описаниями жизни и творчества великих людей, выявляют зависимость гениальности от различных психопатологических состояний. В результате исследования биографий гениальных людей О.Ф. Ерышев и А.М. Спринц (2010) высказали следующие предположения: психическая болезнь не разрушает творческих возможностей гениев, а иногда и обогащает их; психическое расстройство гения значительно отличается от «рядовых» случаев; динамика психических расстройств у гениальных личностей часто вызывает спорные суждения; у гениальных людей зачастую описывались аффективные расстройства; механизмы творчества очень тонки, уязвимы и поэтому лечить одаренных людей нужно крайне осторожно.

Таким образом, одна группа авторов согласна с тем, что существует какая-то внутренняя связь между гениальным творчеством и психопатологическими расстройствами, многие из них допускают, что психопатологические отклонения могут способствовать проявлению таланта или даже стимулировать его. Сторонники противоположного мнения заявляют, что гениальные произведения не могут создаваться благодаря психической ненормальности. Гений – высшее проявление здоровья, с биологической точки зрения это наиболее совершенный тип человека. Наличие у творца психической патологии объясняют следствием нервного перенапряжения. Можно предположить, что взаимоотношения между творческим процессом и психическими аномалиями несут неустойчивый характер и не могут быть заключены в рамки определенной закономерности. Правильнее было бы придерживаться индивидуального подхода. В одном случае психическое нарушение может способствовать творчеству, в другом – оставаться индифферентным по отношению к творчеству, в третьем – угнетать или полностью разрушать творческий потенциал.

ЦИКЛОСЕРИНОВЫЙ ПСИХОЗ В КЛИНИКЕ ПСИХОТУБЕРКУЛЁЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Макеенко В.В., Ковалёва Е.Г., Гайсин Р.Р.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, КГКУЗ «Противотуберкулёзный диспансер», КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница», г. Хабаровск

В настоящее время в нашей стране туберкулёз является одной из наиболее актуальных социальных проблем. Остро стоит проблема лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам. По данным А.Г.Хоменко (1997), лекарственная устойчивость среди впервые выявленных больных составляет 50,1%, у хронических больных – до 90,2%. Для преодоления множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) используют комбинацию, как минимум из пяти противотуберкулёзных препаратов, чувствительность к которым сохранена. Одним из лекарств в данном режиме является антибиотик циклосерин. Психические нарушения при приёме циклосерина развиваются часто и колеблются в пределах от 5% до 50% (Столяров Г.В., 1978). В нашей клинике проходил лечение больной У. 42-х лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Ранее у психиатров, наркологов не наблюдался. Туберкулезом легких страдал около года и в течение 4,5 месяцев находился на лечении в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ+, 1 А ГДУ, МЛУ (HRSEZ). Получал стандартную химиотерапию по 4 режиму, в том числе циклосерин 0,75 г/сут. Состояние внезапно ухудшилось в ночь перед госпитализацией, когда появилась бессонница, стал «говорить нелепости жене по телефону», «играл в карты с телевизором», появилось ощущение, что он герой Аватара, который обладает «фантастическими способностями». Внезапно стал недоступен для вербального контакта, предложенные инструкции не выполнял, вылил на себя кружку воды. Была вызвана скорая психиатрическая помощь. Оказал сопротивление прибывшей бригаде. При поступлении в клинику был возбужден, вербальному контакту не доступен. На обращенные вопросы не реагировал, инструкции не выполнял. Периодически начинал говорить, заявлял, что у него много золота. Получал терапию: галоперидол до 20 мг/с, аминазин 75 мг/с, циклодол 6 мг/с, релиум 10 мг/с. Через сутки состояние нормализовалось: острая психопродуктивная симптоматика была купирована, больной стал доступен для контакта. Свое состояние частично амнезировал. Критично относился к переживаниям. Данные обследования: в общем анализе крови ускорение СОЭ до 45 мм/ч. Анализы на ВИЧ, Hbs-Ag, геп. С, сифилис – отрицательные. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи – в пределах нормы. В анализе мокроты – 3 КУМ в п/зр. В дальнейшем на фоне терапии состояние было стабильным: психопродуктивных расстройств не обнаруживалось, эмоциональный фон был ровным, реакции устойчивыми. Сон достаточным. Состояние было расценено как транзиторное психотическое расстройство в результате приема циклосерина (F 23.8). Через 11 дней в связи с удовлетворительным психическим состоянием был выписан из отделения в противотуберкулёзный диспансер для продолжения лечения туберкулеза. Таким образом, у больного отмечался лекарственный психоз с преобладанием в клинической картине бреда особого значения, аффективных нарушений, психомоторного возбуждения. Можно предположить, что в возникновении психоза имели место несколько факторов: доза циклосерина, длительность приема, чувствительность к нему организма. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения механизма возникновения психоза, роли индивидуальных особенностей организма, способствующих появлению данного расстройства, возможном расширении списка противопоказаний для назначения циклосерина.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Манучарян Ю.Г.

Ярославский ГМУ, Ярославль

В последние годы в клинике неврозов все чаще встречаются панические расстройства с затяжным течением, полисиндромальностью, вторичной агорафобией, ограничительным поведением и, соответственно, снижением социальной адаптации.

Цель исследования. Изучить особенности когнитивной терапии больных с паническими расстройствами.

Материалы и методы. Проведено клинко-психопатологическое обследование и когнитивная психотерапия 84 невротических больных с паническими расстройствами.

Результаты и обсуждение. Нозофобические переживания (кардиофобии, лиссофобии и др.), по существу, являются разновидностями танатофобий: страха смерти от остановки сердца, инсульта, удушья, суицида в результате потери волевого контроля над своим поведением. Когнитивным содержанием страхов при этом являются ошибочные мысли (когнитивные ошибки) – неправильная интерпретация соматовегетативных симптомов и их исходов. Так, от сердцебиения, якобы, произойдет инфаркт, разрыв сердца, остановка сердца; от стесненного дыхания – удушье; от головокружения – потеря сознания; от головной боли – инсульт, паралич; от панического страха

– сумасшествие. Даже в отсутствие соматовегетативных расстройств в межприступный период сохраняется ипохондрическая тревога, страх ожидания панической атаки, основанный и поддерживаемый другими ошибочными когнитивными установками – возможностью беспричинного возникновения приступов («вдруг», «ни с того ни с сего», «среди полного здоровья», «на ровном месте», «без всякой причины»). Такие мысли являются следствием и проявлением дологического, мистического типа мышления. Не зная истинных причин и механизмов возникновения клинических симптомов (этиопатогенеза), у таких пациентов возникает убеждение в их отсутствии, а значит – беспричинности приступов панических атак и болезни в целом. Отсутствие логического (причино-следственного) мышления в отношении дальнейшей динамики клинических симптомов приводит и к ложным выводам – мыслям о фатальном исходе. Эти ошибочные автоматические мысли не являются результатом доказательных размышлений. Даже при осознании психогенного запуска криза («стоит подумать – тут же возникает») пациенты с мистическим мышлением истолковывают их ошибочно, как «материализацию мыслей». В итоге, обсессивные, фобические переживания и их вегетативное сопровождение замыкаются в «порочный круг», поддерживая друг друга и усложняя клиническую картину невроза присоединением вторичных синдромов: агорафобического, депрессивного и др. Сомнения в своем здоровье сохраняются, несмотря на объективное подтверждение отсутствия соматической патологии при тщательном обследовании инструментальными методами. Когнитивная терапия становится более эффективной, когда направлена не только на коррекцию когнитивных искажений, связанных с мистическим типом мышления, но также на формирование у больных логического мышления.

Выводы. У пациентов с паническим расстройством, где витальный страх подавляет логику и стимулирует веру в мистическое, обнаруживаются системные когнитивные искажения, определяющие дальнейшие эмоциональные и поведенческие нарушения. В основе ошибочных мыслей больных лежит специфический мистический тип мышления, где логика имеет второстепенное значение. Когнитивная психотерапия, во многом педагогическая, разъяснительная, разубедительная, должна быть направлена в первую очередь на восстановление у пациентов рационального, логического мышления, и в последующем – на коррекцию обсессивно-фобических переживаний.

ОЦЕНКА ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Матвеева В.В, Енин К.А.

ГБУЗ НО «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн», Нижний Новгород

Рост пограничных психических расстройств невротического уровня, состояний дезадаптации, а также увеличение на их фоне соматической патологии переориентирует специалистов медицинского и психологического профиля на активное изучение состояния проблемы сохранения и укрепления психического здоровья лиц опасных профессий (Александровский Ю.А., 2010; Шамрей В.К., 2015). Сохраняющиеся сложности в градации уровней психического здоровья связаны с субъективностью дифференциации интенсивности жалоб, негативным отношением к психологической помощи и индивидуально-типологическими особенностями лиц опасных профессий. Поэтому целью исследования явился анализ основных уровней психического здоровья у лиц опасных профессий с учетом данных клинко-психопатологического и психологического исследования. Для решения поставленных задач нами было проведено сплошное обследование 75 респондентов, лиц мужского пола в возрасте $23,4 \pm 0,4$ года, деятельность которых проходит в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок. На основании концепции В.Я. Семке, респонденты были разделены на четыре группы психического здоровья: I группа – 15 человек, респонденты группы психического здоровья; II группа – 27 человек с психоадаптационным состоянием (ПАС); III группа – 30 человек с психозадаптационным состоянием (ПДАС); IV группа – 4 человека, имеющие клинически очерченную нозологию – «Расстройство адаптации» (F 43.2) и Соматоформное расстройство (F 45). В диагностический комплекс исследования входила клиническая беседа и комплекс психологических тестов. Математический анализ результатов проводили пакетом статистических программ SPSS 17.0. Критический порог статистической значимости – $p \leq 0,05$.

При анализе полученных данных клинической беседы выявлено, что для респондентов I группы характерно отсутствие жалоб при нормативных значениях по тестам. Для респондентов с ПАС была установлена вариативность жалоб, не укладывающихся в психиатрические симптомокомплексы. У респондентов с ПДАС отмечалось нарастание клинической симптоматики и появление симптомов более тяжелого регистра – аффективных и вегетативных, что также подтвердилось психологическими тестами ($p < 0,05$). Опросник SCL-90 продемонстрировал средненормативные значения во всех группах, однако показатели тревоги и депрессии, также оказались достоверно выше в III группе. По методике ШАС у респондентов III группы отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателя астении по сравнению с респондентами II группы. При оценке данных полученных по тесту тревожности Спилберга – Ханина в обеих группах наблюдался средний уровень ситуативной и личностной тревожности. Однако обследуемые III группы по сравнению со II имели более выраженные показатели ситуативной ($M=43,7 \pm 10,5$; $M=34,6 \pm 7,2$) и личностной тревожности ($M=43,7 \pm 6,8$; $M=34,8 \pm 6,8$), что отражалось в жалобах на испытываемую ими тревогу ($p < 0,05$).

Заключение.

1. Изучаемая выборка не только по клиническим критериям, но и по показателям психодиагностических параметров может быть отнесена к категории определенных групп психического здоровья при $p < 0,05$.

2. ПАС является начальным этапом адаптации организма к высоким стрессовым нагрузкам, что находит свое отражение в развитии утомления и фиксации внимания на своих соматических ощущениях.

При переходе в ПДАС наблюдается утяжеление клинической симптоматики и появление жалоб аффективного и вегетативного регистра.

К ВОПРОСУ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Медведева Ю.И., Курасов Е.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность. Проблема аффективных расстройств и, в первую очередь, депрессий является одной из приоритетных проблем современной психиатрии и медицины в целом. По данным разных исследователей, в настоящее время ими страдает до 20% населения развитых стран. В связи с этим, весьма актуальным является разработка и исследование новых подходов к диагностике данных нарушений.

Цель исследования: провести анализ литературы, посвященной современным подходам к диагностике аффективных расстройств.

Результаты и их обсуждение. Согласно так называемой «моноаминовой» теории, основной причиной развития тревожных и депрессивных нарушений является нарушение функционирования серотонинергических структур мозга. Отмечен факт снижения у данной категории больных уровня серотонина не только в серотонинергических синапсах мозга, но и тромбоцитах крови, в плотных гранулах которых содержится практически весь серотонин крови. При этом выявлена положительная корреляционная связь между снижением уровня серотонина и тяжестью депрессивного состояния. В ряде современных работ была показана высокая диагностическая и прогностическая значимость измерения уровня тромбоцитарного серотонина при психических расстройствах и некоторых неврологических заболеваниях. В связи с этим, данный подход может быть использован для объективной диагностики и определения степени выраженности аффективных (в первую очередь, депрессивных) нарушений.

В основе другого системного подхода к диагностике тревожных и депрессивных нарушений лежит полипиктографический метод, сочетающий в себе стимульный материал (проективные психологические методики, опросники, психометрические шкалы и т.д.) с одновременным физиологическим контролем динамики эмоционального состояния (полиграфия) при выполнении заданий диагностических сценариев. В современной психологической и психофизиологической литературе указывается, что наиболее распространенным методом проведения полипиктографического исследования является эгоскопия (латинское «ego» – я, греческое «skoreb» – наблюдать, исследовать). При этом особый приоритет отдается ее этической стороне, в связи с чем эгоскопия отличается от всех существующих в настоящее время методов психодиагностики. Технология проведения исследования и структура сценариев построены таким образом, чтобы свести к минимуму возможность влияния на результаты обработки различных психологических защит и целенаправленных попыток искажения информации, а также вольного или невольного влияния эксперта на реакции обследуемого. Правомерность такого анализа обоснована тем, что человеку трудно синхронно управлять скрываемой мыслью, вегетативными и поведенческими реакциями в процессе выполнения пиктографических заданий. Данный подход, используемый при оценке клинических проявлений аффективных (депрессивных) нарушений, снижает фактор субъективизма исследователя и обследуемого.

Выводы: изучение современных подходов к диагностике депрессивных состояний, основанных на биологической оценке выраженности депрессии (определении концентрации тромбоцитарного серотонина), а также эгоскопии (полипиктографического метода) позволяет считать их перспективными направлениями. В связи с этим, разработка и исследование сочетанного их использования будет способствовать повышению точности заключений, назначению более адекватного лечения и сокращению сроков госпитализации этих больных.

ОСОБЕННОСТИ НЕВЕРБАЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ РЕАГИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАННОГО СТРЕССА

Морозова О.Г., Баурова Н.Н., Курасов Е.С.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы. Возрастание интереса представителей психологии, психиатрии и социальных наук к изучению проблемы невербальной коммуникации в условиях стресса обусловлено несколькими причинами. Первая из них состоит в изучении стрессоустойчивости и стресс-реактивности личности. Вторая – в стремлении спрогнозировать особенности реакций и поведения человека в стрессовых ситуациях, что в свою очередь спо-

способствует изучению стресс-уязвимости человека, как предрасполагающего фактора развития ряда психических расстройств. Как известно, невербальное общение представляет собой форму взаимодействия, которая определяет образное и эмоциональное содержание сообщения и включает в себя жесты, мимику, позы, визуальный контакт и т.д. По мнению одного из ведущих специалистов языка телодвижений А. Пиза, с помощью слов передается 7% информации, звуковых средств (включая тон голоса, интонацию и т. п.) – 38%, мимики, жестов, позы (невербальное общение) – 55%. Каждой личности свойственен свой индивидуальный набор статических и динамических элементов невербального общения, в том числе в условиях стрессовой реактивности. В связи с этим, нами было проведено исследование по выделению наиболее часто встречающихся паттернов мимики, позы и жестов (как ведущих компонентов невербального общения) в условиях стресс-интервью.

Цель исследования: выделить наиболее часто встречающиеся паттерны мимики, пантомимики в условиях моделированного стресса.

Материалы и методы. Обследовано 20 учащихся ВУЗов (10 лиц мужского пола и 10 – женского). Средний возраст испытуемых составил $20,3 \pm 3,2$ года. Все испытуемые находились в одинаковых профессионально-бытовых условиях. Основным методом исследования было интервью, где респондентам задавались открытые эмоционально-нейтральные и стрессовые вопросы, с видеорегистрацией и последующим анализом их поведения. Для оценки ведущих компонентов невербального общения анализировались первые 3 секунды ответа. Учитывались частота встречаемости (количество раз) рассматриваемого признака и общая длительность (в секундах). При характеристике невербальных паттернов использовались описательные подходы П. Экмана (2012) и А. Пиза (2015).

Результаты исследования. Анализ невербальных паттернов поведения респондентов в первые три секунды после озвучивания интервьюером эмоционально-нейтрального вопроса показал, что испытуемые демонстрировали одновременно несколько невербальных реакций. Среди них отмечались признаки «заинтересованности» в процессе беседы: «наклон головы набок» (частота 2,65; длит. 43,12 сек.), «активная речь» (частота 1,5; длит. 54 сек.), сопровождающаяся активной жестикуляцией (частота 1,0; длит. 40,8 сек.). Признаки «доброжелательности» к собеседнику проявлялись в виде «улыбки» (частота 1,0; длит. 4,5 сек.), а также «поворота головы в сторону собеседника» (частота 1,0; длит. 5 сек.). Признаки «скрытого презрительного (усмешка) и боязливое отношения» к интервью: «рот широко открыт» (частота 1,0; длит. 10,5 сек.); «поднятие бровей вверх» (частота 2,3, длит. 41,15 сек.), «поднятие уголков рта вверх» (частота 1,0; длит. 5,5 сек.). Признаками «отрицательного отношения» к собеседнику являлись «опускание уголков рта вниз» (частота 3,0, длит. 17,5 сек.), «углубление носогубной складки» (частота 2,5; длит. 14,5 сек.), «сжатие губ» (частота 1,5; длит. 3,75 сек.), «откидывание головы назад» (частота 1,0; длит. 13 сек.). «Растерянность и неуверенность» проявлялась в виде «пожимания плечами» (частота 1,0; длит. 17,0 сек.). Характерно, что «желание скрыть информацию» (закрытая поза в виде сцепленных рук на протяжении собеседования) демонстрировалась практически всеми испытуемыми, «частое смыкание-размыкание век» (частота 3,2; длит. 14,25 сек.). Признак «скрытой потребности высказаться» выражался в быстрых поворотах головы вправо и влево (частота 1,0; длит. 19,25 сек.).

Анализ невербального поведения респондентов в первые три секунды после стрессового вопроса показал, что в этих ситуациях проявлялась общая тенденция к замедлению эмоционально-поведенческих реакций в виде более редких и медленных движений головой («наклоны головы» – частота 1,0; длит. 21,45 сек.; «повороты головы» – частота 2,0; длит. 0,1 сек.), «моргания» (частота 2,8; длит. 20,7 сек.), «укорочения длительности фраз», связанное с «взятием пауз на обдумывание ответа» (частота 1,8; длит. 36,55 сек.), замедления жестикуляции руками (частота 1,0; длит. 62,35 сек.). Последний признак является «жестом-адаптором», обусловленным, в первую очередь, мыслительным процессом.

Одновременно с замедлением эмоционально-поведенческих реакций при ответе на стрессовые вопросы, отмечались признаки тревожных переживаний, проявляющиеся, в основном, невербальными сигналами контролируемого страха и удивления. Они выражались в более укороченном по длительности приподнимании бровей (32,75 сек), при отсутствии широко открытого рта. Также отмечалось появление признаков «скрытой» агрессии: «сжатие губ» (частота 1,2; длит. 3,5 сек.), а также тенденция к получению одобрения со стороны исследователя в виде «утрированной» улыбки (поднятие уголков рта вверх с углублением «щечной ямочки» – частота 1,0; длит. 28,5 сек.)

Выводы. Таким образом, в ситуации моделированного стресса наиболее часто встречаются следующие паттерны мимики и пантомимики:

- а) первоначальной реакцией является резкое снижение эмоционально-поведенческой активности, обусловленное, по всей вероятности, активацией управляющих когнитивных функций на осмысление поступившей информации и поиску возможных вариантов ответа на вопрос;
- б) появление негативных невербальных признаков (волнения, тревоги, злости), что в условиях стресса приводит к мобилизации адаптационных возможностей организма;
- в) страх и удивление, связанные с опасениями дать «неправильный ответ», «показать себя несведущим в данной области».

В целом, проведенное исследование с помощью количественных характеристик невербальных реакций подтверждает факт того, что жестовый сигнальный язык несет в себе большую смысловую нагрузку, в том числе при общении с человеком, который пытается скрыть свои истинные чувства и эмоции. Эти характеристики играют

важную роль в рассмотрении «внутренней структуры» личности человека и степени ее стресс-уязвимости, как «почвы» для развития различных психических расстройств.

ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ШИЗОФРЕНИИ

Муравьева С.В.

Институт физиологии им И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург

Клинические проявления шизофрении очень разнообразны. Особое место на ранних стадиях этого заболевания занимают когнитивные нарушения (нарушения восприятия, анализа, обработки, хранения и передачи зрительной информации). Использование высокочувствительных электрофизиологических и психофизических методов могут помочь в ранней диагностике когнитивных нарушений и разработки методов их адекватной коррекции.

Целью настоящей работы было исследование характера изменений когнитивных зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) и контрастной чувствительности у пациентов с шизофренией с продолжительностью заболевания от 1 до 3-х лет.

В исследовании принимали участие 15 пациентов с шизофренией с продолжительностью заболевания от 1 до 3 лет в возрасте от 16 до 30 лет, а также контрольная группа – 20 здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 30 лет.

В электрофизиологических и психофизических исследованиях пациентам предъявляли пространственные стимулы и изображения предметов, обработанных фильтрами низких и высоких пространственных частот. Проводились измерения контрастной чувствительности и когнитивных ЗВП.

Проводился анализ компонентов когнитивных ЗВП, отвечающих за зрительное внимание, раннюю сенсорную обработку и оценку информации (P100), ассоциативную память (N145), первичную дифференциацию (P200), и сравнение с известными образами и первичное распознавание (N200), мыслительную обработку в течение восприятия стимула, перевод в кратковременную рабочую память, обновление содержания, принятие решения (P300). Регистрировалась скорость сенсомоторной реакции и количество опознанных значимых стимулов.

Условия проведения исследований соответствовали этическим нормам Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации.

В результате анализа психофизических данных у пациентов с шизофренией были получены преобладающие изменения в области высоких пространственных частот. В результате анализа электрофизиологических данных у пациентов было получено селективное снижение амплитуды отдельных компонентов когнитивных зрительных вызванных потенциалов. Анализ значения латентности показал увеличение проведения по зрительным путям в лобной, затылочной, теменной и височных областях, на этапах мыслительной обработки стимулов, перевод информации в кратковременную память, обновления содержания, принятия решения (N200 – P300). Анализ значения амплитуды показал снижение компонентов при предъявлении изображений, отфильтрованных по высоким пространственным частотам в височной и лобной областях.

В настоящее время диагностика когнитивных расстройств возможна только при применении комплексных методов, требующих длительное время для их применения. Используемые нами электрофизиологические и психофизические методы могут служить основой для разработки эффективных скрининговых методов исследования, которые могут помочь в ранней диагностике этих нарушений. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-15-00918).

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ «БЛОКАДНОГО СИНДРОМА» У ПЕРЕНЕСШИХ ЕГО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (К 70-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ)

Нечаев А.П.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Блокада Ленинграда во время Великой Отечественной войны, строго говоря, длилась ровно 872 дня (с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года). Она представляет собой уникальной эксперимент на человеческое выживание, поставленный историей. По последним данным, к настоящему времени численность живущих блокадников составляет около 100 тысяч (с учетом приблизительно 30% «неизбежных самозванцев», которые прельстившись кое-какими льготами, использовали несовершенство учета отечественной демографической статистики). Вся эта совокупная популяция (преимущественно дети блокады, которым ныне уже давно за 70 лет) в соответствии с законами природы и естественного движения населения катастрофически сокращается.

Цель исследования: определить гендерные различия в проявлении «блокадного синдрома» у выживших жертв блокады Ленинграда, перенесших её в детском возрасте.

Материал и методы. Обследовано 90 человек из числа бывших детей осаждённого Ленинграда: 30 мужчин и 60 женщин. Средний возраст обследованных составил $75,0 \pm 3,0$ года. Гендерные соотношения (1:2) соответствовали таковому для 75-летнего возраста, согласно данным последней переписи населения России. Выраженность психосоматической симптоматики у обследованных оценивалась с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики L. Derogatis (SCL-90-R). Достоверность различий в рассматриваемых группах (мужчины и женщины) определялась непараметрическим U-критерием Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке гипотезы составил менее 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты. В ходе исследования выявлены достоверные ($p < 0,05$) межгендерные отличия по шкале «соматизация» (методика SCL-90-R), то есть у женщин-блокадниц отмечалась более выраженная соматическая дисфункция основных систем организма.

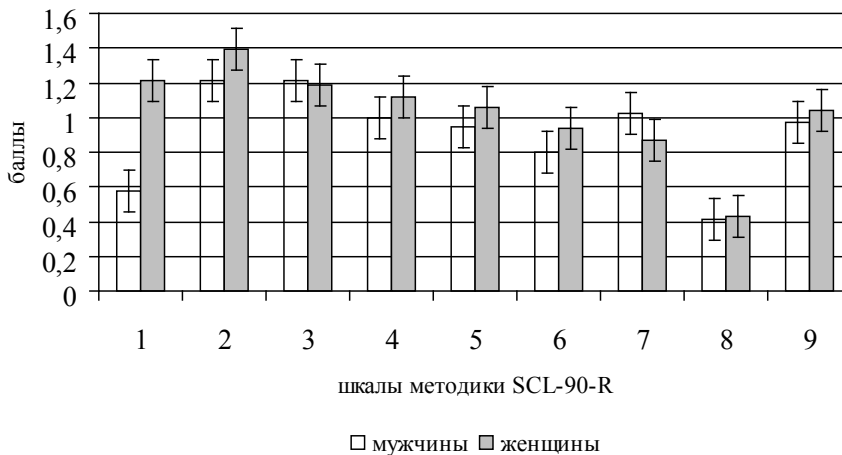


Рис. 1. Симптоматология психопатологических расстройств у блокадников в зависимости от гендерной принадлежности (по данным теста SCL-90-R).

Условные обозначения шкал: 1 – «соматизация», 2 – «обсессивность–компульсивность», 3 – «межличностная чувствительность», 4 – «депрессия», 5 – «тревожность», 6 – «агрессивность», 7 – «фобии», 8 – «паранойальные тенденции», 9 – «психотизм».

На уровне тенденций у лиц женского пола, в сравнении с мужчинами, также были повышены показатели остальных шкал («обсессивность–компульсивность», «межличностная чувствительность», «депрессия», «тревожность», «агрессивность», «психотизм»), но не достигали достоверных отличий ($p > 0,05$). Полученные результаты связаны с большей лабильностью нервной системы у женщин, повышенной тревожностью в отношении своего здоровья и в межличностном общении, раздражительностью, склонностью к навязчивому переживанию каких-либо жизненных ситуаций, тенденцией к более пессимистичному взгляду на жизнь. У мужчин же, перенесших тяготы блокадного Ленинграда в детском возрасте, на уровне тенденции ($p > 0,05$) отмечалась склонность к формированию фобических расстройств.

Выводы. Хорошо известно, что выживаемость мужчин и детей мужского пола в дни блокады были намного ниже таковых для пола женского. Однако, судя по отдалённым последствиям, можно заключить, что выжившие мужчины оказываются, как ни странно, более устойчивы к «блокадному синдрому», нежели женщины. Впрочем такого рода парадоксы, пожалуй, требуют дальнейшего осмысления.

О ВЗГЛЯДАХ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ Л.Н. ТОЛСТОГО

Нечипоренко В.В., Баурова Н.Н., Лыткин В.М.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Анализируя роль психической патологии в творчестве писателей, Н. Вавулин (1913) отмечал, что по внешнему своему виду произведения лиц с психическими расстройствами иногда не обладают теми художественными достоинствами, какие свойственны произведениям профессионалов, но это и не удивительно, если принять во внимание, что их творчество в большинстве случаев является настоящим, вдохновенным, создавшимся импульсивно. Таким ярким, вдохновенным, отражающим личные переживания было творчество Льва Николаевича Толстого (1828-1910).

В патографических исследованиях Ч. Ломброзо (1892), Г.В. Сегалина (1925) и А.М. Евлахова (1930) отмечено, что Лев Николаевич страдал эпилептическими припадками. Ч. Ломброзо утверждал, что они сопровождались галлюцинациями и относил их к наследственным. А.М. Евлахов считал Льва Николаевича типичным эпилептиком. В своих трудах В.П. Гиндин (2012) также утверждает, что Л.Н. Толстой страдал эпилептическими припадками и диагностирует их как припадки аффективной эпилепсии. Автор отмечает, что писатель страдал приступами патологического страха смерти, у него отмечались обморочные припадки с мигренью, имели место приступы головокружения с потерей равновесия, а также галлюцинации во время приступов. По своему характеру Лев Николаевич, с одной стороны, был одержим аффективностью, с другой – отличался чрезвычайной чувствительностью, был подвержен патологическим изменениям настроения. Вся эта картина аффективной эпилепсии, согласно взглядам В.П. Гиндина, развивалась на почве эпилептической конституции. При этом церебральный атеросклероз сыграл тут роль вторичного, а не первичного фактора.

В работе «Великий невротик – Лев Николаевич Толстой» (1999), носящей дискуссионный характер, Э.А. Сливко (1999) указывает, что основные характерологические черты эпилептоидного характера писатель не перенял и ханжеством не страдал. Автор приводит целый ряд фактов, подтверждающих невротичность Л.Н. Толстого, выделяя в его творчестве три основные проблемы, волнующие «невротика»: тема виновности, сексуальная тема и тема смерти. Если в молодости Л.Н. Толстой стремился преумножить свое богатство, то в старости – испытывал чувство вины за него. В пожилом возрасте невротические черты личности обостряются – наступает церебросклеротическая астения, иногда даже с элементами депрессии, что вызывает чувство виновности. Именно искуплением вины и проникнуто «Воскресение», написанное писателем в 70-летнем возрасте. Метания Л.Н. Толстого в старости объясняются не социальными причинами, а невротическими особенностями его личности. Л.Н. Толстой был очень эротичен в молодости, а в старости испытывал отвращение к половой жизни («Крейцера соната», «Отец Сергий», «Дьявол», «Воскресение»). Параллельно с отвращением к сексуальному у старика Л.Н. Толстого отмечался повышенный интерес к теме смерти («Смерть Ивана Ильича») – на фоне склеротического истощения нервной системы, перепутан такой мощный положительный раздражитель, как сексуальный, с отрицательным – смерть. М. Горький, понимая противоречивость личности писателя, отмечал: «Он – как оркестр, но в нем не все трубы играют согласно».

Еще одна невротическая черта Л.Н. Толстого, как считает Э.А. Сливко, – склонность к психоанализу, причем писатель блестяще анализировал как мужскую, так и женскую психику («Анна Каренина»). Как у «невротика» у Л.Н. Толстого были и навязчивые страхи: Отец Александр Мень в предисловии к «Исповеди» Льва Николаевича говорит о страхе небытия, охватившем писателя в Арзамасе. Знаменитую теорию «непротivления злу» Л.Н. Толстого М. Зощенко, много занимавшийся психоневрологией писателей, назвал «неврастенической». По мнению Э.А. Сливко, Л.Н. Толстой страдал также циклотимией. В молодости заражал всех своим весельем, в то же время у него была и тяжелая депрессия, о которой он вспоминает, как о неожиданности: трудился по 8 часов в день и вдруг – едва не покончил с собой. Эпизоды сниженного настроения отмечались у писателя и в дальнейшем.

Э.А. Сливко (1999) отрицательно отвечает на вопрос: была ли у Л.Н. Толстого классическая эпилепсия? Классическая эпилепсия с годами приводит к слабоумию и деградации личности, а ни того, ни другого у писателя не было. Однако И. Бунин в книге «Освобождение Толстого» (1967) писал, что у писателя были какие-то припадки и один Московский профессор находил у него особую форму эпилепсии. В своем труде И. Бунин отмечает, что вторая половина жизни Льва Николаевича была очень тяжелой и не было писателя, который бы так же часто обращался к теме смерти («Смерть Ивана Ильича», «Три смерти» и др.). И. Бунин считает уход Л.Н. Толстого из Ясной Поляны и смерть на никому неизвестной железнодорожной станции – освобождением писателя.

В работе М. Багановой «Лев Толстой. Психоанализ гениального женоненавистника» (2014) приведены наблюдения врача железнодорожной амбулатории на станции Астапово, которого вечером 31 октября 1910 года вызвали к пациенту – великому русскому писателю Леву Николаевичу Толстому. Именно станционному доктору, недоучившемуся психиатру предстояло стать «исповедником» гения, а также вынести свое медицинское суждение: аффект-эпилепсия. По мнению М. Багановой, у Лева Николаевича был типичный эпилептоидный патологический характер, описанный П.Б. Ганнушкиным, который дополнялся крайне высоким либидо и садистскими наклонностями. Лев Николаевич долгие годы вел активную и беспорядочную половую жизнь, но все время чувствовал неудовлетворенность: «несостоявшиеся невесты гадки и жалки...». Писатель женился на пороге 40-летия и систематически терроризировал свою юную жену. Его преследовали свойственные эпилептоидам приступы патологического страха смерти, которые привели его к такому отчаянию, что он готов был повеситься на перекладине у себя в комнате. Он бы это сделал, если бы не появились другие аспекты аффект-эпилептической психики – мистицизм. Неудовлетворенная потребность в любви сублимируется в религиозность, мистицизм. Однако и тут он не находил покоя! Эпилептоидная склонность все критиковать и сверхвысокая самооценка привели к тому, что писатель не смог найти удовлетворения в рамках официальной церкви, пересмотрев церковные догматы, написал собственное Евангелие и в результате последовало его отлучение от Церкви.

Но если в юношеские и зрелые годы депрессии писателя носили лишь эпизодический характер, с годами они становятся все чаще, длиннее, и, наконец, в его эпилептоидной психике наступают перемены: аффективный период полностью уступает место депрессивному. Из вспыльчивого, замкнутого, сурового барина он превращается в нечто противоположное: в «святого» подвижника, добродетельного проповедника «любви братской». Теперь супруга берет частично роль мужа-тирана на себя. Положение обостряется с появлением в доме «толстовца» Черт-

кова, в которого, по мнению автора, влюбляется Л.Н. Толстой (платоническое чувство). Лев Николаевич оказался в страшной ситуации и результатом этой тяжелой борьбы стало его непродуманное бегство, приведшее в конечном итоге к смерти. Психодиагностика личности Л.Н. Толстого выявил интимные, скрытые свойства его индивидуально-личностных особенностей, что позволило существенно дополнить особенности жизнетворчества великого писателя и философа.

Лев Николаевич был сложным, противоречивым человеком. Он признавал это сам: «Как биографы могут обо мне писать, когда я сам в себе не разобрался».

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Нечипоренко В.В., Днов К.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Предупреждение суицидального поведения в Вооруженных Силах является прерогативой не столько медицинской службы, сколько органов управления и всех должностных лиц, имеющих в подчинении личный состав. Профилактику суицидального поведения военнослужащих необходимо проводить комплексно, включая психолого-педагогические, служебно-правовые, медицинские мероприятия.

Основной медицинской задачей является своевременное выявление лиц с повышенным суицидным риском, распознавание и купирование состояний, несущих потенциальную угрозу суицида и, главное, ликвидация условий, их порождающих. Деятельность медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации по предупреждению суицидов включает несколько основных направлений. Прежде всего, это сохранение и укрепление психического здоровья личного состава, и смещение акцента профилактических мер в социальную и психологическую область. Во-вторых – организация действенной системы раннего и активного выявления военнослужащих с признаками соматических заболеваний и психических расстройств, предрасположенных к расстройствам личности, алкоголизму, наркомании и суицидам. Медицинское освидетельствование данных лиц врачом-психиатром для исключения диагноза психического расстройства и принятие экспертного решения о годности к военной службе при его установлении. В третьих – контроль за выполнением должностными лицами рекомендаций медицинских специалистов, специалистов по психологической работе по организации индивидуальной работе с военнослужащими, имеющими низкий уровень психического здоровья, отстающими в освоении военной специальности и физическом развитии, призванными на службу из неблагополучных семей, склонных к употреблению алкоголя и наркотиков.

Большая часть суицидальных действий военнослужащих, приходится на лиц, относящихся к категории здоровых. Поэтому эффективность мероприятий по предотвращению суицидов зависит не столько от медицинской службы, сколько, в первую очередь, от командиров (начальников) подразделений, офицеров по работе с личным составом и психологов. Командирам (начальникам) подразделений следует постоянно изучать обстановку в воинских коллективах, знать запросы и настроения личного состава. Внимательно отслеживать психологию микрогрупп, персонально работать с ее лидерами. Необходимо выполнять рекомендации психологов и врачей в отношении военнослужащих с низким уровнем психического здоровья, организовать постоянную профилактическую работу с ними.

Предотвращение суицидальных происшествий в Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ) остаётся одной из важных задач в деле повышения боеспособности и боеготовности войск, сохранения и укрепления здоровья военнослужащих. Комплексный ее характер требует неотложных мер на разных уровнях и в различных сферах жизнеобеспечения войск (сил), с учетом реальных условий жизни и деятельности военнослужащих.

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Нечипоренко В.В., Днов К.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Одной из наиболее важных задач, стоящих перед медицинской службой является раннее выявление военнослужащих с признаками нервно-психической неустойчивости. При этом, особое внимание необходимо обращать на выявление факторов, способствующих формированию суицидальных тенденций. Грамотный сбор информации при обследовании молодого пополнения значительно повысит выявляемость военнослужащих, склонных к суицидальному поведению. Обобщив материалы отчетной документации ГУРЛС, отчеты Главного психиатра МО РФ, данные литературных источников по суицидальному поведению военнослужащих, собственный опыт в этой сфере, нами были выделены наиболее важные факторы риска, которые могут способствовать

суицидальному поведению и на которые врачу части следует обращать основное внимание. На наш взгляд, такими факторами являются:

- Наличие суицидальных попыток в анамнезе (одной и более).
- Суицидальные попытки у родственников.
- Суицидальные высказывания (прямые или косвенные признаки угрозы суицида).
- Наличие субъективно неразрешимых проблем в профессиональной или учебной деятельности (несостоятельность, неудачи на работе или учебе, падение престижа).
- Сведения об употреблении ПАВ или злоупотреблении алкоголя в анамнезе.
- Острое кризисное состояние, связанное со смертью близких людей, разводом, изменой супруги, расставанием с любимым человеком и т.д.
- Частые переезды или миграция (переживания, связанные с одиночеством, отсутствием близких друзей, круга общения, сложностями адаптации к новой культуре и т.д.).
- Эпизоды пережитого насилия над личностью (сексуального, физического, морального).
- Снижение социального статуса, изменение жизненного стереотипа (увольнение, выход на пенсию, приобретенная инвалидность, банкротство).
- Наличие хронических заболеваний (соматических или психических), влияющих на качество жизни (заболевания ограничивающие жизнедеятельность, определяющие инвалидность, сопровождающиеся вероятностью смертельного исхода и т.д.).
- Наличие актуальных депрессивных проявлений.
- Конфликты, связанные с возможностью несения уголовной ответственности (ожидание предстоящих судебных разбирательств, огласки, угрозы содержания и изоляции, арест и т.д.).

Благодаря профессиональному отбору и проведению активных психопрофилактических мероприятий уровень самоубийств у военнослужащих существенно ниже, чем среди гражданского населения, во многом это достигается за счёт комплектования воинских частей и подразделений Министерства обороны Российской Федерации здоровыми военнослужащими. Вместе с тем, учитывая, что суицидальные происшествия среди военнослужащих по-прежнему имеет место быть, раннее выявление военнослужащих склонных к суицидальному поведению остаётся актуальной задачей медицинской службы.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ – «МИШЕНЬ» ПСИХОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Воинкова Е.Е.

СПбГУ, Санкт-Петербург

Целью исследования явилось изучение особенностей когнитивных функций больных шизофренией.

Обследованы больные параноидной шизофренией, в том числе с первым эпизодом и с хронической шизофренией, на этапе стабилизации психического состояния, получавшие антипсихотики первой и второй генерации. В исследовании применялась клиничко-шкальная оценка с использованием PANSS, а также нейропсихологические методики, включая методику «Комплексная фигура Рея-Остеррита».

Результаты исследования показали, что долговременная зрительно-моторная память снижена у 33,9%, конструктивный праксис – у 40%, исполнительские функции – у 50% и кратковременная зрительно-моторная память – у 67,8% пациентов. Характерен значительный разброс показателей когнитивных функций. Имеются достоверные различия параметров когнитивных функций (фрагментация рисунка, конфабуляторные дополнения) у больных с первым эпизодом и хронической шизофренией. Частота когнитивных расстройств заметно выше среди терапевтически резистентных больных. Выраженность когнитивного дефицита опосредуется тяжестью психического состояния, однако часть когнитивных функций обнаруживают связь с выбором терапии независимо от клинических характеристик. Ухудшение моторных навыков и снижение скорости обработки информации были в меньшей степени выражены у пациентов, принимавших антипсихотики второго поколения оланзапин (Заласта® Ку-таб®) и арипипразол (Зилаксера®), при этом наблюдалась *большая эффективность в отношении негативной симптоматики и лучшая переносимость по сравнению с антипсихотиками первого поколения у пациентов с первым эпизодом*. У 34,8% больных, принимавших тригексифенидил, была снижена аккуратность, в отличие от пациентов, не принимавших корректор, у которых значимо чаще встречалась редукция размеров рисунка при немедленном воспроизведении.

Таким образом, больные шизофренией характеризуются значительной частотой и неравномерностью нарушения когнитивных функций, причем выраженность и структура нейрокогнитивного дефицита определяются как клиническими, так и терапевтическими факторами. Терапия антипсихотиками второй генерации сопряжена с большей сохранностью ряда когнитивных функций.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА КРОВИ БЕЛЫХ МЫШЕЙ ПОД ДЕЙСТВИЕМ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА

Подсевацкий В.Г., Говш Е.В., Кирюхина С.В., Подсевацкина С.В.

Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, Мордовская РПБ, г. Саранск

Цель исследования. Изучить влияние монотерапии аминазином, галоперидолом, флюанксомом на показатели газов и электролитов крови мышей при экспериментальном моделировании стресса.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 98 лабораторных беспородных белых мышах, которые были поделены на 5 групп. В 1 группе мышам вводили внутривенно галоперидол в дозе 0,5 мг/кг, во 2 – аминазин в дозе 5 мг/кг, в 3 – флюанксол в дозе 0,2 мг/кг непосредственно перед иммобилизацией лабораторных животных в тесные боксы в течение 5 часов, ежедневно, в течение 5 дней. Группы сравнения 4,5 составили интактные мыши и грызуны, находящиеся в условиях острого иммобилизационного стресса в сочетании с внутривенным введением изотонического раствора натрия хлорида в объеме 0,5 мл. Эксперимент проведен в соответствии с этическими нормами (Geneva, 1990 г.), Федеральным законом РФ от 01.12.1999 г., одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева».

Исследования крови проводили на анализаторе газового и электролитного состава крови Easy Stat (США).

Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ „Statistics 6.0».

Результаты и их обсуждение. Лекарственные средства из группы нейролептиков, блокируя нейротрансмиттерные пути, оказывают выраженное антипсихотическое действие, сопровождаемое, к сожалению, и побочными реакциями, в том числе и газово-электролитными нарушениями. Под действием аминазина в условиях стресса происходил сдвиг кислотно-щелочной реакции крови, и развивался ацидоз смешанного характера: происходило снижение содержания бикарбонатов, повышение парциального напряжения углекислого газа, что соответствовало уровню стрессированных животных. Монотерапия галоперидолом способствовала повышению показателя рН крови в основном за счет гипокапнии, обусловленной развитием гипервентиляции, при этом уровень бикарбонатов повышался незначительно. Флюанксол в условиях стресса так же увеличивал рН крови, но в меньшей степени, чем галоперидол и в основном из-за метаболических изменений, так как значение напряжения углекислого газа оставалось на уровне интактных мышей. Монотерапия аминазином, галоперидолом, флюанксомом сопровождалась гипоксемией, что возможно связано с воздействием стресса на организм.

Электролитные нарушения были выражены в группе мышей, которым вводили галоперидол: отмечалось снижение натрия до $137.5 \pm 1,1$ ммоль/л, калия до $4,5 \pm 0,15$ ммоль/л. Аналогичные изменения наблюдались и в группе с флюанксомом, но в меньшей степени. Под действием аминазина снижался только натрий, а калий соответствовал уровню интактных животных.

Выводы. В условиях стресса действие антипсихотических лекарственных средств в виде монотерапии сопровождается изменениями газово-электролитного состава крови, что предполагает проведение корректирующей терапии. Среди сравниваемых препаратов флюанксол оказывает стресспротекторные свойства в виде нормализации показателей кислотно-щелочной равновесия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОМЕРНОГО СКРИНИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЭКИПАЖЕ БОЛЬШОГО НАДВОДНОГО КОРАБЛЯ В УСЛОВИЯХ ДАЛЬНОГО ПОХОДА

Порожников П.А.

Научно-исследовательский центр ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Одной из задач профилактики в Вооруженных Силах является выявление при призыве лиц, имеющих ограничения и негодных к военной службе по состоянию здоровья. Однако, основной акцент все больше ставится на изучение влияния военного труда на заболеваемость военнослужащих (Шамрей В.К., 2003). В современной военной системе большое внимание уделяется прикладной стороне деятельности, но, вместе с тем, недостаточно учитываются психофизиологические факторы и закономерности профессионального становления военнослужащего, что зачастую приводит к формированию профессиональной и личностной дезадаптации в стрессогенных условиях военной деятельности (Юсупов В.В., 2004).

С целью решения данной проблемы на кафедре психиатрии ВМедА был разработан Многомерный скрининг психического здоровья военнослужащих. Сущность многомерного скрининга военнослужащего состоит в совмещении уровневых оценок субъективной (тест «НПА»), военно-профессиональной (анкета «АДН») и социально-психологической (методика «Социометрия»). Прежде многомерный скрининг не использовался для психопрофилактических обследований экипажей больших надводных кораблей в условиях дальнего похода. Для

статистического анализа данных был использован метод краевых групп (выделение 16% лучших и худших результатов) для кривой распределения Гаусса.

В исследование были включены 143 военнослужащих (113 проходящих службу по призыву и 30 по контракту) электромеханической боевой части большого надводного корабля Военно-морского флота, проходящих службу в условиях 3 месяца дальнего похода. Обследованы дивизионы: движения, трюмный, электротехнический и живучести.

В результате были выявлены военнослужащие, нуждающиеся в психопрофилактических мероприятиях: рекомендованы мероприятия психолого-педагогического характера – 39 (27%), требующие динамического наблюдения психолога/врача части – 13(9%), необходима консультация врача-психиатра – 3 (2%).

В выделенной группе военнослужащих была проведена оценка соматической заболеваемости по дивизионам, наибольшие показатели заболеваемости отмечены в электротехническом дивизионе 60% и дивизионе живучести 54%, что связано с наиболее сложными условиями труда. В целом данная методика позволяет прогнозировать заболеваемость военнослужащих при некоторых видах деятельности до 60%.

Исследование доказывает возможность использования многомерного скрининга военнослужащих для прогноза заболеваемости и организации психопрофилактических мероприятий для военнослужащих кораблей Военно-Морского Флота в условиях боевых походов.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ДЕБЮТА ШИЗОФРЕНИИ

Росман С.В.

ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», г. Тверь

Объективная электроэнцефалографическая диагностика дебюта шизофрении затруднена не только неясностью происхождения самой шизофрении, но и неопределённостью механизмов возникновения ЭЭГ- феноменов, с помощью которых пытались находить корреляты между картиной биоэлектрической активности головного мозга и этим заболеванием. С этой целью неоднократно без особого успеха использовали спектральный, сегментационный, когерентный методы анализа альфа-ритма [1, 2]. Следует выделить наиболее близкое решение данного вопроса – это установление значимости расщепления спектра альфа-ритма у пациентов с расстройствами психики [3].

Исходя из этой идеи «теории единого психоза» была предпринята попытка на уровне гипотезы представить патогенез формирования психических отклонений, как результат нарушения работы нейронной сети головного мозга, маркером которого являются аномалия формирования альфа-ритма. Как было установлено наиболее объективным мерилем этих изменений является степень дисперсии пространственных амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма [4].

Материал и методы. В группу контроля (норму) вошли 285 мужчин от 17 до 59 лет. В группу больных с дебютом шизофрении до 1 года (F20.09x по МКБ-10) включены 57 мужчин в возрасте от 17 до 55 лет. Группу больных параноидной шизофренией (F20.014 по МКБ-10) – 42 пациентов от 18 до 53 лет. К моменту обследования все больные получали нейролептики, что в какой-то степени нивелировало клинические и электроэнцефалографические симптомы .

Электроэнцефалограмму регистрировали с помощью компьютерного комплекса «Телепат-104» в стандартных условиях ЭЭГ с расположением электродов по международной схеме 10-20%. Эпохи безартефактной ЭЭГ в фоновом режиме длиной 20-25 с подвергались быстрому преобразованию Фурье с использованием временного окна Ханна в полосе 3-30 Гц (шаг 1 Гц). Выходные формы анализа создавались с помощью специализированной программы WinEEG, составленной в соответствии с принятыми стандартами анализа сигнала и представляли собой таблицы спектральной мощности ЭЭГ при соответствующей частоте колебания, с шагом 0,25 Гц. В работе использовали значения спектральной мощности в альфа-диапазоне: альфа (7-13 Гц), с подразделением на альфа низкочастотный (7-9 Гц), среднечастотный (9-11,5 Гц), и высокочастотный (11,5-13 Гц). Дисперсионный анализ осуществлялся по оригинальной методике [патент на изобретение № 2506044 от 10.02.2014] с построением дисперсионных карт для каждого полушария в среде Microsoft EXCEL с вычислением индексов дисперсии альфа-ритма. Нарастание дисперсии альфа-ритма трактовалось нами, как показатель патологической энтропии нейронной сети, лежащей в основе психопатологии [5]. Показатели дисперсии альфа-ритма обрабатывались статистической программой Statistica 10.0. Полученные усредненные картограммы дисперсии альфа-ритма по каждой группе пациентов для выявления основных отличий сравнивали с усредненными картограммами контрольной группы здоровых людей.

Было выявлено, что в отличие от нормальных показателей у больных с дебютом шизофрении наблюдалось полное размывание зональности картограммы в виде аномальности пространственно-частотного распределения мощности альфа-ритма с явным смещением модальных значений в лобных отделах в сторону замедления альфа-ритма. В то же время при длительном сроке наблюдения шизофрении (в результате успешного лечения) эти изменения оказывались менее выраженными.

Анализ статистических параметров дисперсии альфа-ритма выявляет достоверное различие разницы модальной частоты альфа-ритма между лобными и затылочными отведениями при шизофрении по сравнению с нормой, которая в сочетании с уменьшением интегрального индекса гипофронтальности формирует клинический синдром функциональной гипофронтальности. Вместе с тем другие индексы дисперсии при шизофрении так же статистически достоверно отличаются от нормальных. При этом степень выраженности дисперсионных различий при дебюте шизофрении более выражен, чем после длительного лечения.

Выводы:

1. Шизофрения в любой форме и длительности течения сопровождается выраженными дисперсионными нарушениями альфа-ритма, особенно в лобных долях головного мозга, формируя явление функциональной гипофронтальности, проявляющееся большим замедлением альфа-ритма в лобных долях по сравнению с затылочными, что выражается количественно в существенном уменьшении значений индексов дисперсии.

2. Гипотетически изменения эти можно связать с особой формой нарушения функционирования нейронной сети, которые в большей степени выражены в лобных долях.

3. Дисперсионные картограммы дают наглядную визуальную картину имеющихся функциональных нарушений в головном мозге, вероятно имеющих органическую природу.

4. Применение методики дисперсионного анализа ЭЭГ открывает новые пути поиска новых объективных диагностических критериев в психопатологии. Одним из надежных маркеров этих изменений может выступать дисперсионная картограмма альфа-ритма в сочетании с расчётом дисперсионных индексов.

СВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ С УРОВНЯМИ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Руденко С.Л.

НИУ «БелГУ», Белгород

Цель исследования: выявить связь нарушения социального восприятия у больных неврозами с уровнями их социального функционирования и качества жизни.

Материал и методы. Всего обследовано 540 человек. В экспериментальную группу вошли 360 лиц с неврозами, 180 мужчин и 180 женщин от 25 до 50 лет. Длительность психического неблагополучия от 1 до 25 лет. Образованы подгруппы обследуемых с неврастенией, истерическим неврозом и неврозом навязчивых состояний. Сбор материала осуществлен с привлечением 180 здоровых людей. Основной и контрольный составы не имеют значимых различий по параметрам пола и возраста.

Перцептивный компонент социального восприятия изучен при помощи инструментов «Распознавание эмоций» Н.Г. Гаранян и «Поза и жест» Н.С. Курека, интеллектуальный – посредством теста «Социальный интеллект» J.P. Guilford, M.O. Sullivan – Е.С. Михайловой. Социальный статус составлен с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. Результаты обработаны в компьютерной программе SPSS Statistics 17.0.1. Реализованы подсчет среднего, стандартного отклонения, F-критерия Фишера. Осуществлены корреляционный, факторный и кластерный анализы.

Результаты и их обсуждение. При неврастении и истерическом неврозе грубые нарушения перцептивного компонента социального восприятия отсутствуют. Значимо отличаются по данному параметру обследуемые с неврозом навязчивых состояний. Они неспособны правильно считывать эмоциональные состояния по мимике, позе и жестами. Результат объясним ведущей симптоматикой, не позволяющей фиксировать детали. Интеллектуальный компонент социального восприятия отчетливо нарушен в трех подгруппах. Интерпретации лиц с неврастенией пронизаны тягостными предчувствиями, убежденностью в бесперспективности совладающих действий. Это объяснимо фиксацией на предшествующем опыте с экстраполяцией переживаний. При истерическом неврозе трактовки были неадекватны из-за стремления эротизировать контакты для предотвращения опасности межличностного взаимодействия. При неврозе навязчивых состояний анализ ситуаций зачастую опирался на установочные допущения. Однако помощь в уходе от доминирующих мыслей способствовала изменению атрибуций. Следовательно, причиной нарушения служила загруженность переживаниями. По мере хронизации клинических картин нарушение социального восприятия становится значительнее, а уровни социального функционирования и качества жизни ниже.

Выводы.

1. У лиц с неврастенией и истерическим неврозом отмечаются умеренные нарушения перцептивного компонента социального восприятия. Выраженные нарушения выявлены при неврозе навязчивых состояний, что связано с ведущей симптоматикой, не позволяющей фиксировать детали.

2. Интеллектуальный компонент социального восприятия нарушен значительно у больных неврозами трех подгрупп. Обусловлен внутриличностной проблематикой и загруженностью психическими переживаниями.

3. Чем длительнее регистрируются нозоспецифические симптомы, тем отчетливее страдает социальное восприятие.

4. Чем более грубым оказывается нарушение социального восприятия, тем существеннее снижение уровня социального функционирования и качества жизни.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЛИГИОЗНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Рутковская Н.С.

Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. П.П. Кащенко. Санкт-Петербург

Религиозное мировоззрение человека, по мнению многих авторов, может оказывать существенное влияние на возникновение суицидального поведения в кризисной ситуации. Религиозная вера в ряде случаев рассматривается как антисуицидальный фактор. В частности, в Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) религия относится к числу «сдерживающих» факторов, помогающих удержаться от попытки самоубийства.

В конце XIX – начале XX подавляющее большинство населения нашей страны было православным. В этот период Россия относилась к странам с низкой интенсивностью самоубийств, также как и Италия, Финляндия (Ефремов В.С., 2012). В христианстве самоубийство является тяжким (смертным) грехом, нарушением заповеди «не убий». Суицидальное поведение в христианских странах было не только «личным грехом», но и каралось Церковью и государством (запрет отпевать самоубийц, похороны тела вне кладбища, без церковной молитвы и христианского погребения). Осуждается самоубийство также и в иудаизме. Как отмечают К.Г.Эрдынеева и В.П.Филиппова, законодательно запрет на самоубийство был оформлен только в постталмудический период и изложен в трактате «Семахот». В исламе самоубийство запрещалось Кораном и считалось тяжелейшим из грехов. Однако, двоякое толкование позволяет лишать себя жизни, при этом деяние не считается самоубийством (шахиды). В странах Востока, таких как Китай, Япония, Индия, отношение к самоубийству традиционно было более уважительным. Так, в Индии и Китае поощрялось самоубийство вдов (а нередко и слуг умершего господина). В Японии совершение харакири не только разрешалось, но и во многих случаях предписывалось. Истоки такого отношения можно обнаружить в религиозных воззрениях жителей этих стран, в частности в таком религиозном течении, как синтоизм. Буддизм отличается нейтральным отношением к суициду, не запрещает его, но и не видит в нем смысла.

В отличие от культуuroобразующих религий, отношение к суициду в различных сектах и раскольнических группах зависит преимущественно от позиции лидера секты. Большинство сектантских «гуру» имеют психические отклонения и патологическое стремление к власти, вследствие чего они часто поощряют суициды своих адептов. При этом преобладают в сектах массовые самоубийства, совершаемые обычно по приказу лидера. Но нередко и случаи индивидуальных суицидов, совершаемые членами сектантских группировок. Даже у тех, кто сумел разорвать отношения с сектой, могут возникать тяжелые депрессивные состояния, т.к. годы, проведенные в секте, приводят человека к состоянию беспомощности, невозможности быстрой адаптации в социуме, нередко к полной изоляции (Дворкин А.Л., 2012).

Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что религиозное мировоззрение человека может быть как антисуицидальным фактором, так и напротив, провоцировать, прямо или косвенно, развитие суицидальных тенденций. Исторически такие культуuroобразующие и этнические религии, как христианство, ислам, иудаизм, в большинстве случаев отрицательно относятся к суициду, в то время как «восточные» религиозные течения демонстрируют терпимое, противоречивое и даже поощряющее отношение к нему. Сектантские и раскольнические группировки, как правило, являются плацдармом для совершения массовых суицидов и провоцируют индивидуальные самоубийства.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ СИТУАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ, ЛИЧНОСТНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Рутковская Н.С.

Санкт-Петербургская ПБ № 1 им. П.П. Кащенко. Санкт-Петербург

Ситуационные реакции и нарушения адаптации, личностные и аффективные расстройства выявляются у значительного числа пациентов, поступающих в психиатрический стационар по поводу суицидального поведения. Часть таких пациентов, в том числе и не страдающих алкогольной зависимостью, совершают суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения.

Цель работы: изучение особенностей суицидального поведения пациентов на фоне ситуационных реакций, личностных и аффективных расстройств.

Материалы и методы: изучены истории болезни 107 пациентов, поступивших в СПб ГБУЗ ПБ № 1 им. П. П. Кашенко в связи с суицидальным поведением на фоне ситуационных реакций и нарушений адаптации, расстройств личности и аффективных расстройств. Основной метод изучения материала – клиничко-архивный.

Результаты и обсуждение: количество пациентов, страдающих личностными расстройствами (ЛР), составило 39 человек, ситуационными реакциями и нарушениями адаптации (СР) – 38 человек, аффективными расстройствами (АР) – 30 человек. Во всех группах в среднем у 2/3 пациентов отмечались суицидальные попытки перед поступлением в стационар, у 1/3 имели место только суицидальные высказывания, при этом часть пациентов имели суицидальные попытки в анамнезе. Алкогольное опьянение во время суицидального поведения имело место: в группе ЛР – 51,3%, в группе СР – 31,6%, в группе АР – 13,3%. В группах СР и АР преобладали попытки отравления медикаментами (53,6% и 61,9% соответственно). На втором месте в этих группах нанесение самопорезов (СР – 35,7%, АР – 23,8%). В группе ЛР преобладало нанесение самопорезов (39,3%), отравления медикаментами оказались на 2 месте (28,6%). Другие способы суицидальных попыток встречались реже. Согласно полученным данным, в целом у «трезвых» суицидентов преобладали отравления медикаментами (51,0%), на втором месте нанесение самопорезов (26,5%). В то же время у тех больных, которые совершали суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения, в процентном отношении преобладали самопорезы (46,4%), а отравления медикаментами занимали второе место (39,3%). Оценивались также особенности раннего постсуицидального периода у данного контингента больных. Выделялись 4 основных типа постсуицида: критический, манипулятивный, аналитический, суицидально-фиксированный. При ситуационных реакциях и аффективных расстройствах чаще имел место критический постсуицид (53,6% и 38,1% соответственно), у пациентов группы ЛР – манипулятивный (35,7%).

Выводы: В целом во всех трех изучаемых группах около 2/3 пациентов совершали суицидальные попытки, у остальных перед данной госпитализацией имели место только суицидальные высказывания. Чаще суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения совершали пациенты, страдающие личностными расстройствами. У пациентов, совершивших суицидальную попытку в трезвом состоянии, преобладали отравления медикаментами, в то время как у больных, которые совершали суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения, преобладали самопорезы. При ситуационных реакциях и аффективных расстройствах чаще имел место критический постсуицид, при личностных расстройствах – манипулятивный.

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Рычкова И.А., Абриталин Е.Ю., Тегза В.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

У лиц молодого возраста самоубийство как причина смерти в настоящее время занимает третье место, ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. В России в конце прошлого столетия частота суицидов среди подростков возросла в 3 раза, причем по абсолютному количеству самоубийств среди лиц в возрасте от 15 до 19 лет наша страна занимает печальное первое место в мире [Горюнов А.В., 2002; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011]. Высокий уровень самоубийств среди подростков обуславливает необходимость выяснения причин возникновения этого медико-социального явления и активизации поиска оптимальных средств его предупреждения.

Цель исследования: изучить особенности социального функционирования и качества жизни подростков, совершивших попытки самоубийства.

Материал и методы исследования. С помощью клиничко-психопатологического и социально-психологического методов было проведено обследование 123 подростков: (47 – 38,21% юношей и 76 – 61,79% девушек, средний возраст 16,41±1,12 лет), которые совершили суицидальные попытки и были госпитализированы в психиатрическую больницу на протяжении 2012-2013 гг. Социальное функционирование изучалось с помощью шкалы глобального функционирования «Global Assessment of Functioning Scale» (GAFS), качество жизни – с помощью опросника «Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form» (Q-LES-Q-SF).

Результаты и обсуждение. По результатам предварительного анализа было выделено три группы суицидентов. В первую группу вошло 52 пациента, которые совершили суицидальные попытки при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43). Вторую группу составили 49 пациентов, совершивших попытки самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра (расстройства личности) и/или зависимостях от психоактивных веществ (F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2) в рамках реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации (F 43). В третью группу вошло 22 суицидента, которые страдали различными психическими расстройствами (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F 31.5, F 32.3) с имеющейся в клинической картине актуальной психической симптоматикой.

По результатам обследования с помощью шкалы GAFS в остром постсуицидальном периоде установлено, что в первой клинической группе нарушения в сфере психологического, социального и профессионального функционирования определялись в балльном диапазоне 41-50 (средний балл – 45,1±7,8), что соответствовало се-

рьезным симптомам, таким как суицидальное мышление, выраженная обсессивно-компульсивная симптоматика, либо серьезным нарушениям в социальном, профессиональном или школьном функционировании.

Средний балл качества жизни по опроснику Q-LES-Q-SF у обследованных суицидентов первой группы составил $46,6 \pm 5,5$. При этом наиболее низкие показатели (неудовлетворенность и крайняя неудовлетворенность) наблюдались по сферам отношений с людьми, отношений в семье, финансового положения и условий проживания.

У подростков второй клинической группы использование шкалы GAFS в остром постсуицидальном периоде обнаружило нарушения в сфере психологического, социального и профессионального функционирования в том же балльном диапазоне 41-50 (средний балл – $46,4 \pm 6,3$), что соответствовало серьезным симптомам либо серьезным нарушениям в социальном, профессиональном или школьном функционировании.

Средний балл по Q-LES-Q-SF в данной группе составил $43,7 \pm 8,2$. Существенных отличий по превалированию наиболее низких показателей (неудовлетворенность и крайняя неудовлетворенность) с пациентами первой группы не обнаружено: преобладала неудовлетворенность в сфере семейных отношений и отношений с людьми.

У подростков третьей клинической группы по шкале GAFS в остром постсуицидальном периоде обнаружены нарушения в сфере психологического, социального и профессионального функционирования в балльном диапазоне 21-30 (средний балл – $27,1 \pm 5,4$), что соответствовало серьезным симптомам психотического регистра, таким как бредовые идеи и галлюцинации, либо серьезным нарушениям в коммуникации и способности принимать адекватные решения, либо неспособностям к функционированию практически во всех областях.

Средний балл по Q-LES-Q-SF в третьей группе составил $29,1 \pm 4,9$. Практически все суициденты в данной группе (86,4%, $p < 0,01$) выбирали наиболее низкие показатели по всем сферам жизнедеятельности и функционирования. В сравнении с обследованными первой и второй клинических групп, между которыми статистически значимых отличий по данным шкалам выявлено не было, суициденты третьей группы обнаружили наиболее выраженные проявления нарушений общего функционирования и наиболее низкие показатели качества жизни ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, проведенное изучение социального функционирования и качества жизни подростков, совершивших суицидальную попытку, выявило у них, независимо от клинической группы, серьезные нарушения в сферах психологического, социального и профессионального функционирования, а также низкие показатели качества жизни, что свидетельствует о социальной дезадаптации суицидентов. При этом наиболее низкие показатели получены у пациентов с различными психическими расстройствами (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3) с имеющейся в клинической картине актуальной психотической симптоматикой.

МОТИВЫ И СПОСОБЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Рычкова И.А., Абриталин Е.Ю., Тегза В.Ю.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В настоящее время большинство исследователей сходятся во мнении, что причинами детских и подростковых самоубийств являются не общественные и экономические факторы, социальные и бытовые стрессы, как это нередко происходит со взрослыми, а процессы, связанные с отношениями в семье, с друзьями, в школе [Шипицина Л.М. с соавт., 2000; Шнейдман Э., 2001; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011]. В то же время мотивы и способы совершения подростками суицидальных попыток изучены недостаточно полно.

Цель исследования: изучить мотивы и способы совершения суицидальных попыток среди подростков.

Материал и методы исследования. С помощью клинико-психопатологического и клинико-анамнестического методов было проведено обследование 123 подростков (47 – 38,21% юношей и 76 – 61,79% девушек, средний возраст – $16,41 \pm 1,12$ лет), которые совершили суицидальные попытки и были госпитализированы в психиатрическую больницу на протяжении 2012-2013 гг. Изучались обстоятельства и характер актуальной суицидальной ситуации, регистрировались данные о способе суицидальной попытки. Исследование проводилось только среди подростков, совершивших суицидальную попытку, случаи завершенных суицидов не анализировались.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам клинико-психопатологического исследования было выделено три группы суицидентов. В первую группу вошло 52 пациента, которые совершили суицидальные попытки при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43). Вторую группу обследованных составили 49 пациентов, совершивших попытки самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра (расстройства личности) и / или зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ) в рамках реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу). В третью группу вошло 22 суицидента, которые страдали различными психическими расстройствами с имеющейся в клинике актуальной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3).

Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у госпитализированных первой группы выявило, что у 25 (48,08%) лиц она имела демонстративно-шантажный характер, у 10 (19,23%) – мотивом был отказ от жизни, у 9 (17,31%) – протест, у 4 (7,69%) – устранение и у 4 (7,69%) обследованных мотивом суицидального пове-

дения оказалась месть и призыв (по 2 наблюдения соответственно). Способом совершения суицидальной попытки у 4 (7,69%) юношей и 30 (57,69%) девушек было отравление медикаментозными средствами, 4 (7,69%) юноши и 2 (3,85%) девушки совершили самоповешение, 8 (15,38%) юношей – самопорезы предплечий, 3 (5,78%) девушки – отравление инсектицидами и 1 (1,92%) суицидентка в качестве способа самоубийства внутривенно вводила воздух. Таким образом, заведомо летальные способы суициденты первой клинической группы выбрали в 10 (19,23%) случаях. Распределение способов реализации суицида в зависимости от пола обследованных выявило достоверное преобладание медикаментозных отравлений среди девушек, в то время как юноши чаще совершали самопорезы ($p < 0,01$).

Основными мотивами суицидальных действий у обследованных второй клинической группы оказались отказ от жизни и протест (по 32,65%), несколько реже (22,45%) суицидальная попытка носила демонстративно-шантажный характер. Способом совершения суицидальной попытки у 9 (18,37%) юношей и 13 (26,53%) девушек было отравление медикаментозными средствами, 5 (10,20%) юношей и 5 девушек совершили самоповешение, 11 (22,45%) юношей и 2 (4,08%) девушки – самопорезы предплечий, 3 (6,12%) юноши совершили отравление газом и 1 (2,04%) – подкожное введение аммиака. Таким образом, заведомо летальные способы (самоповешение, тяжелые ранения, отравление токсическими дозами медикаментов) суициденты второй группы выбрали в 25 (51,02%) наблюдениях, достоверно отличаясь от обследованных первой группы ($p < 0,01$).

Доминирующими мотивациями совершения суицидальных действий у обследованных третьей группы оказались «устранение» («бегство») и амотивационное суицидальное поведение (77,27%), как формы личностного реагирования в «псевдореальном» конфликте, обусловленном психотическими симптомами. У суицидентов третьей клинической группы по сравнению с первой и второй статистически значимо преобладали потенциально летальные мотивы совершения суицидальных действий ($p < 0,01$). Самоповешение в качестве способа совершения самоубийства выбрали 8 (36,36%) юношей и 2 (9,09%) девушки, ранения острыми предметами совершили 4 (18,18%) девушки, отравление медикаментозными препаратами – 4 (18,18%) девушки, падение с высоты – 3 (13,64%) девушки, применение электрического тока наблюдалось у 1 (4,55%) суицидентки. Следует отметить, что в большинстве случаев – 15 (68,18%) – суициденты третьей группы выбирали ожидаемо летальные способы суицидальных действий (самоповешение, падение с высоты, тяжелые ранения, электротравма), достоверно отличаясь по этому показателю от суицидентов первой ($p < 0,01$) и недостоверно от суицидентов второй ($p > 0,05$).

Заключение. Изучение мотивации и способа совершения суицидальных действий показало, что доминирующим мотивом отказа от жизни среди суицидентов с психотическими нарушениями было восприятие суицидального акта как способа поведения в «псевдореальном» суицидальном конфликте, в то время как основной мотивацией подростков с пограничными расстройствами было воздействие на социальное окружение.

Заведомо летальные способы совершения попытки самоубийства суициденты третьей группы выбирали достоверно чаще, однако подобная ситуация имела место и во второй группе, где практически половина (51,02%) обследованных также совершила заведомо летальные попытки (это может свидетельствовать о серьезной роли зависимости от ПАВ в совершении истинных самоубийств среди подростков).

Изучение мотивации и способов совершения суицидальных действий обнаружило существенные отличия между подростками-суицидентами разных клинических групп, что подтверждает необходимость дифференцированного подхода в процессе разработки схем ранней диагностики, коррекции и профилактики суицидального поведения среди подростков.

ОПЫТ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АСТЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Семисёрин В.А., Рагожин Ю.Е., Хритинин Д.Ф., Малаховский В.В., Каракозов А.Г., Катенко С.В., Левченко О.Б., Молодова А.И.

КДП ФГБУ «9 ЛДЦ» МО РФ, Москва

Цель исследования. Было проведено исследование эффективности амбулаторного комбинированного лечения астенических состояний у офицеров Вооруженных сил МО РФ, большая часть из которых служат в особых условиях (несение суточного боевого дежурства, гиподинамия, гипокинезия, постоянное нервно-психическое перенапряжение, «сбитые» биоритмы и пр.) и уволенных в запас в условиях штатного отделения традиционной медицины КДП ФГБУ «9 лечебно – диагностического центра» МО РФ, включающего сочетание психотерапевтической коррекции со стандартными методиками апитерапии, гирудотерапии, озонотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии.

Материал и методы. В исследование были включены лица мужского пола в возрасте 27-56 лет у которых имелись признаки дисфункции вегетативной нервной системы и/или расстройства приспособительных реакций, соответствующие критериям МКБ-10 (F45.3; F43.2). Среди обследованных 58,6% (38 чел.) составляли офицеры, занятые операторской деятельностью в особых условиях режима выполнения служебных обязанностей, у которых во время планового углубленного медицинского осмотра были выявлены выраженные признаки астенического

синдрома и артериальной гипертензии (артериальное давление было нестабильным и имелась четкая зависимость его повышения от психоэмоционального перенапряжения). Вторую группу наблюдения 41,4% (27чел.) составили офицеры запаса, уволенные из рядов Вооруженных сил не более пяти лет назад, предыдущая служба которых была связана с подобной операторской деятельностью в особых условиях. Общее количество включенных в данное исследование составило 65 (100%) человек. Соматическое обследование включало стандартный набор физикальных, инструментальных и лабораторных исследований, входящих в программу обязательного УМО (ежегодное углубленное медицинское обследование). Оценка психического статуса проводилась клинико-психопатологическим методом в сочетании с комплексом психодиагностических методик. Всем включенным в исследование вначале проводилось комплексное лечение с использованием апитерапии, гирудотерапии, озонотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии по единой стандартной схеме. В последующем, когда отмечалось улучшение состояния, и прежде всего редукция астенической симптоматики, проводилась психотерапевтическая коррекция с использованием когнитивно-поведенческих и релаксационных методик.

Результаты. В первой группе наблюдения во всех случаях редукция астенической симптоматики являлась положительным прогностическим признаком проводимой коррекции дисфункций вегетативной нервной системы, дезадаптационных нарушений, что способствовало более выраженным и стойким результатам применения предложенного лечения. У пациентов второй группы наблюдения отмечались редукция проявлений астении и дезадаптационных нарушений в 49% случаев. У остальных пациентов этой группы астеническая симптоматика не редуцировалась полностью, что было связано как с психологическими факторами (трудностями адаптации в новых условиях существования), так и с наличием соматических факторов, требовавших назначения дополнительного обследования и лечения, в частности более длительной психотерапевтической работы с ними. В обеих группах наблюдения медикаментозное лечение применено не было.

Выводы. Примененная методика позволяет уменьшить вероятность назначения медикаментозного лечения, оптимизировать и значительно повысить эффективность лечения дезадаптационных и дисфункциональных нарушений, сопровождающихся выраженной астенией во внегоспитальных условиях.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ БИОМАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Сенопальников Е.Г., Лобачев А.В., Наумов К.М.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) комплексные, часто коморбидные заболевания (до 42%), что создает сложности при их диагностике и лечении. Актуальность исследований в этой области определяется, в первую очередь, их высокой распространенностью среди военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Так, в армии США с 2000 по 2014 гг. диагностировано более 307 000 случаев ЧМТ, полученных в период боевых действий. Примерно за этот же период более чем у 103 000 американских военнослужащих диагностировано ПТСР. Кроме того, высоки и финансовые затраты на их лечение (ЧМТ – до 910 млн. долларов ежегодно, ПТСР – до 6,5 млрд. долларов в год). Трудности дифференциальной диагностики на ранних стадиях ПТСР и прогноза последствий ЧМТ подтолкнули исследования в этой области за рубежом. При этом приоритетным стал поиск «биомаркеров», позволяющих оценить риск развития заболевания, диагностировать заболевание, прогнозировать его исход и успешность лечения (U. Schmidt, 2013 г).

Нами был проведен обзор более 30 публикаций для анализа эффективности данных исследований в США, которые проводятся уже более 20 лет. Особенно активно (с 2000 г. по 2010 г.) изучались т.н. «молекулярные» биомаркеры генного уровня (ДНК), генной экспрессии (РНК), протеины (белки и пептиды эпигеномного метилирования ДНК), эндокринные (показатели активности гипоталамо-гипофизарной системы), также использовались нейроимиджинговые/нейровизуализационные технологии и т.д. Для подтверждения диагноза легкой ЧМТ особые надежды возлагали на специфические белки нейронов и клеток нейроглии, которые проникают сквозь ГЭБ в кровь, где и определяются в малых количествах. И хотя таких белков насчитывают более десятка, только белок – S100b (протеин астроцитов) с определенной долей достоверности используется при диагностике ЧМТ (B. Tribuzio, K. Necht, 2015г.). При этом исследователи (Jeffrey V. Rosenfeld, 2013) признали, что ввиду своей низкой специфичности, коротких периодов жизни и ряда других объективных сложностей использование протеиновых, молекулярных маркеров на данном этапе развития науки носит вспомогательный характер, и не может являться основой для дифференциального диагноза ПТСР или ЧМТ и достоверно дополнять основной – клинический метод. Тем не менее, исследования данных биомаркеров продолжаются (NYU LMC) и публикация результатов ожидается в 2016 г.

В 2014 г. установлено (TRS NA), что выявляемые с помощью функциональных методов ПЭТ/КТ изменения активности метаболизма 18F-флюородезоксиглюкозы в области гипофиза достоверно разные при ПТСР и ЧМТ (захват значительно ниже), что может служить критерием для дифференциальной диагностики.

Совсем недавно появились результаты исследования с помощью SPECT (single-photon emission computed tomography), который позволяет оценить степень перфузии в головном мозге при ПТСР и ЧМТ. Исследователи (С. Raji, 2015 г.) утверждают, что специфичность изменений в лобных долях, поясной извилине, гиппокампе, парагиппокампальной извилине, миндалине достигает 89-90% (при ЧМТ наблюдается гипоперфузия, а при ПТСР гиперперфузия). Кроме того, опубликованы результаты исследования с граф-анализом ФМРТ (пластичность связей в нейросетях). Выявлены ослабленная пластичность связей в нейрональной сети, включающей гиппокамп и префронтальную кору при ПТСР, в то время как при ЧМТ определяются ослабленные связи в сети базальные ганглии – префронтальная кора.

Таким образом, широкое использование в клинической практике биомаркеров для дифференциальной диагностики ПТСР и ЧМТ невозможно. В настоящее время исследование биомаркеров представляет научный интерес для понимания патологических процессов при ПТСР и ЧМТ.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В США

Сенпальников Е.Г., Лобачев А.В., Воскобойник В.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) актуальна во всех странах, которые участвуют или участвовали в военных конфликтах. Учитывая, что во второй половине XX и начале XXI веков армия США участвовала практически во всех военных конфликтах, для нас было небезынтересно изучить их подход к решению данной проблемы.

С этой целью было изучено более 60 источников освещающих научные исследования ПТСР, проводимых в США. Наиболее активными участниками исследовательских программ по проблемам ПТСР в США являются Национальный институт психического здоровья (NIMH), Национальный центр по проблемам ПТСР (US Department of Veterans Affairs), Центр психологического здоровья Министерства обороны (DCEPH TBI DCoE), Военно-медицинский университет (USUHS), Военный институт им. Уолтера Рида (WRAIR).

Все исследования можно разделить по трем направлениям: изучение патофизиологии и патогенеза ПТСР, исследования по лечению ПТСР, изучение проблемы профилактики ПТСР.

При изучении патофизиологии и патогенеза ПТСР большое внимание уделяют проблеме коморбидности данного расстройства. Кроме того активно исследуется роль нейрональной пластичности, геномов, гормонов, нейропептидов, нейротрансмиттеров, цитокинов и т.д. в патогенезе расстройства. В настоящее время проводится более 210 научно-исследовательских работ в этом направлении. Наиболее интересные из них: идентификация биомаркеров ПТСР с использованием протеомических технологий (U.Schmidt, 2013); изучение протеинов, влияющих на процессы консолидации памяти и нейропластичности во время сна (J. Gronli, 2015); исследование нейропластичности (C.Bramham, 2013); определения роли половых гормонов в патогенезе ПТСР (R.Yehuda, 2012); изучение генетических различий у страдающих ПТСР и здоровых людей (B.Rusiecki, 2011); исследование паттернов метилирования ДНК в сыворотке военнослужащих после участия в боевых действиях (B.Rusiecki, 2011); нейровизуализационные исследования ПТСР (W.Forrest, 2015).

Научные исследования в области лечения ПТСР предполагают в первую очередь изучение психотерапевтической составляющей, кроме того оценивается эффективность фармакологических препаратов, а также эффективность реабилитации пострадавших. Наряду с традиционной фармакотерапией, изучается эффективность проверенных психотерапевтических методов, проводятся исследования в области преclinical испытаний медикаментов, фармакотерапия средствами применяемых для лечения другой патологии, методы совмещения психотерапии и фармакокоррекции, возможности нетрадиционной медицины. Кроме того, рассматриваются вопросы различных моделей предоставления психотерапевтической помощи (телемедицина, мониторингирование с помощью компьютерных устройств и т.д.). Отдельное внимание уделяется вопросам лечения различных гендерных и этнических групп. На наш взгляд интерес представляют следующие исследования: разработка стандартных комбинаций медикаментов для нейропротективного лечения (R.Diaz-Agostia, 2014); разработка нейропротективных медикаментов (Werling L.L., 2011); метаанализ медикаментов, влияющих на когнитивную сферу (K.Kenney, 2014); оптическая стимуляция участков мозга при моделировании ПТСР (P. Kuo JR, 2015); применение празозина при лечении ПТСР (I.Petrakis, 2011); телемедицина и стратегия виртуальной реальности (N.Kar, 2011); разработка мобильной системы мониторинга за состоянием пациента с ПТСР (A.P.Alivisatos, 2012).

В области профилактики ПТСР основной упор делается на фармакологическую коррекцию и психофизиологическую подготовку военнослужащих. Особое внимание уделяется выявлению предикторов ПТСР и их устранению. Наиболее актуальными программами, на наш взгляд являются: изучение и оценка рисков суицидов у военнослужащих (M.Schoenbaum, 2013); определение роли сна в усилении сопротивляемости организма физическому и психологическому стрессу (J.Gronli, 2013); наружная актиография (N.J.Wesensten, 2012) и т.д.

Анализ научно-исследовательских работ, проводимых в США, показывает, что большинство исследований носят эмпирический характер. При этом значимость этих исследований обусловлена, в первую очередь, комплексным подходом к проблеме ПТСР, длительным периодом наблюдения за комбатантами и членами их семей, а также большим контингентом обследуемых. Кроме того, приоритет отдается тем научно-исследовательским работам, которые позволят государству экономить средства на оказании помощи военнослужащим с ПТСР.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ КЛИНИКИ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

Старостин О.А., Кулыгина Ю.Г.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербургское психологическое общество, Санкт-Петербург

Программа психологического сопровождения пациентов кафедры факультетской терапии, основанная на методике кинотерапии, является инновационной методикой психокоррекции и направлена на гармонизацию эмоционального состояния и мобилизацию внутренних ресурсов выздоровления. Кинотерапия – это одно из современных направлений групповой психотерапии, которое заключается в просмотре и обсуждении фильмов совместно с психологом. Фильм является средством многоуровневого воздействия на психику и организм в целом через аудио-визуальную систему. Все функциональные компоненты фильма – сценарий, прописанные диалоги, музыка, визуальный ряд – несут информационную и психологическую нагрузку. Специальным образом отобранные шедевры отечественного и зарубежного кинематографа можно использовать для коррекции дезадаптационных поведенческих установок, легких депрессивно-тревожных расстройств, которые выявляются у пациентов соматического профиля более чем в 50% случаев. В клинике факультетской терапии кинотерапия применяется в форме еженедельного Киноклуба. В кинозал обычно приходят и активно участвуют в обсуждении около 20% пациентов, находящихся на стационарном лечении. Отзывы и самоотчеты фиксируют улучшение эмоционального состояния пациентов, преодоление ими алекситимических тенденций и формирование более конструктивных поведенческих реакций на болезнь.

ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ

Тарумов Д.А., Павлов Р.А., Евдакова И.А.

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Теоретические представления о патогенезе аддиктивных расстройств претерпевают существенные изменения в последние годы. Это связано с бурным развитием неинвазивных нейровизуализационных технологий позволяющих наглядно увидеть и количественно измерить многие параметры прижизненной структуры, локального кровотока и метаболизма мозга человека в норме и патологии, а также с использованием и изучением экспериментальных моделей аффективной патологии *in vivo*. Отдельно взятые методы раннего выявления лиц, употребляющих, а так же склонных к употреблению ПАВ малоинформативны и не отвечают современным тенденциям роста аддиктивной патологии, что требует пересмотра данной концепции в целом с точки зрения комплексной диагностики данных состояний. Этим обуславливается целесообразность поиска дополнительных (к клинико-психопатологическому и лабораторному), комплексных методов диагностики аддиктивных расстройств (прежде всего алкоголизма и наркомании), включающих психологические, лабораторные методы, неврологический осмотр и инструментальные методики, в том числе функциональную и структурную нейровизуализацию.

Целью исследования являлось изучение особенностей функционального состояния головного мозга при опиоидной наркомании.

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов мужского пола ($25,9 \pm 2,6$ лет) с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от опиоидов. Стаж наркотизации $9,5 \pm 3,4$ лет. Контрольная группа здоровых лиц составила 27 человек. Психическое состояние оценивалось с помощью клинико-психопатологического метода и психометрических шкал: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии; шкалы тяжести зависимости (SDS-S) и (SDS-D); шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES); диагностического скринингового опросника (PDSQ). При исследовании морфофункциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялась функциональная МРТ (фМРТ) с использованием модифицированного Струп-теста. При проведении нейровизуализационных исследований изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки и контрольной группы.

Результаты и их обсуждение. При обследовании с помощью методики SDS тяжелая степень наркотической зависимости определялась у 62,7% (n= 25) больных, средняя и умеренная – у 37,3% (n= 13 и n= 3 соответственно) больных.

По результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели, при этом статистически значимые отличия выявлялись между группами с длительной и ранней ремиссиями – по параметрам «осознания» и «принятых усилий».

По данным опросника PDSQ, и соотнесению его результатов с результатами шкалы тяжести зависимости SDS, у лиц с тяжелой степенью наркотической зависимости выявлялись признаки тяжелого депрессивного эпизода с высоким суицидальным риском. А у лиц со средней и умеренной тяжестью наркотической зависимости (по результатам того же опросника) психическое состояние соответствовало критериям генерализованного тревожного расстройства с соматическим компонентом и ипохондрическими включениями.

В ходе проведения Струп – теста были выявлены различия в длительности латентного периода ответов у пациентов основной группы по сравнению с контрольной: между блоками Active (0,6+ 0,2 с против 0,3+ 0,1 с) и Baseline (0,4+ 0,3 с против 0,2+ 0,1 с). Наименьшую задержку демонстрировали здоровые испытуемые, задержка ответа пациентов с длительной ремиссией достигала максимума после ошибочных ответов. Наконец, пациенты, находящиеся в состоянии ранней ремиссии (менее 6 месяцев) демонстрировали максимальную задержку ответов, их реакции были наименее интенсивны.

Полученные результаты показывают, что на момент включения в исследование у больных всех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги, суицидального риска, депрессии, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также, не смотря на различные сроки ремиссии, было выявлено интенсивное влечение к героину. При этом, по результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели.

В ходе нейровизуализационного исследования были определены области со статистически достоверными активациями в областях систем «памяти» (миндалины и гиппокампа), «когнитивного контроля» (лобная и префронтальная кора), «мотиваций и эмоций» (лобная кора). При этом структуры головного мозга ответственные за систему «вознаграждения» оставались незадействованными. Не исключено, что данный факт позволяет уточнить состояние пациента: находится ли он в состоянии интоксикации в конкретный момент времени. Наличие активаций в зоне «когнитивного контроля» соотносится с результатами шкалы SOCRATES, демонстрирующими высокие показатели готовности к лечению и изменению жизненных позиций. Интересными и неоднозначными являются полученные кластеры активаций в стволовых структурах головного мозга. Эти результаты, вероятно, объясняются наличием в данных зонах большого количества опиатных рецепторов.

Данные результаты неоднозначны и носят противоречивый характер, в том числе, и из-за небольшого количества наблюдений, на основе которых они были выполнены. Вместе с тем, примечательным для подобных исследований является факт выявления определенных нейрофункциональных изменений при аддиктивных расстройствах ряд из которых, возможно, может быть «специфичным» для данной патологии. В связи с этим, полученные предварительные результаты требуют более детального изучения в дальнейшем с помощью других методов нейровизуализации, таких как диффузионно-тензорная МРТ, воксельная морфометрия, спектроскопия и позитронно-эмиссионной томография головного мозга.

Выявленные при проведении фМРТ, задействованные патологическими активациями, участки в дальнейшем являются «мишенями» для количественного исследования их методом ПЭТ. Методика трактографии, вероятно, предоставит широкие возможности по изучению вопросов наследственности аддиктивной патологии. Комплексное многостороннее сравнительное исследование аддиктивной патологии в целом, в ближайшем будущем положит основу для новой патогенетической классификации химических и нехимических (пищевой, игровой, компьютерной) зависимостей.

Таким образом, сочетание клинических и лабораторно-инструментальных методов, включая функциональную нейровизуализацию, предоставляет возможность более комплексно и объективно рассмотреть проблему аддиктивной патологии для поиска дополнительных (к клиническим) критериев формирования аддиктивных нарушений, в том числе и у так называемых лиц, склонных к зависимому поведению.

В результате проведенного исследования обнаружено, что у больных с аддиктивными расстройствами имеются статистически значимые функциональные изменения в стволовых структурах, префронтальных корковых отделах и структурах гиппокампа (по сравнению со здоровыми лицами) при отсутствии признаков макроорганических поражений указанных участков мозга.

Выводы. 1. Результаты современных исследований свидетельствуют об изменениях в дофаминовой системе головного мозга вследствие интоксикаций НПВ, под влиянием которых у больных аддиктивной патологией формируются функциональные системы, закрепляющие аддиктивное поведение: система «награды» – в прилежащем ядре и вентральной области паллидума, система «побуждения к действию» – в орбитофронтальной коре и под мозолистым телом, система «памяти и запоминания» – в миндалине и гиппокампе, система «контроля» – в префронтальной коре и передней поясной извилине.

2. Активации в зоне ствола и моста головного мозга вероятнее всего связаны со скоплением в этой области опиоидных рецепторов.

3. В ходе исследования значимых корреляций описанных нейрофункциональных изменений с длительностью заболевания и ремиссии, клинической симптоматикой не обнаружено.

МЕСТО ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Тихенко В.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В Вооруженных Силах Российской Федерации в настоящее время раннее выявление военнослужащих, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества, осуществляется путем массовых исследований биологических сред методом иммунохроматографического анализа, при плановых и внезапных проверках.

В процессе использования этого метода с 2012 года по настоящее время был выявлен ряд существенных его недостатков. К ним относились: 1) выявление военнослужащих, лишь системно употребляющих наркотические средства и психотропные вещества; 2) широкие возможности для фальсификации образцов биологических сред; 3) объективные затруднения в детекции новых видов психоактивных веществ, так называемых спайсов, солей и других веществ.

По нашим данным и данным военной полиции, после внедрения массовых обследований военнослужащих на предмет употребления наркотических средств и психотропных веществ методом иммунохроматографического анализа с 2013 года, количество фальсификаций образцов биологических сред выросло в десятки раз. В свободном доступе имеется разнообразная информация по самым современным способам подмены и фальсификации образцов, которая постоянно обновляется.

Сплошное обследование методом иммунохроматографического анализа абитуриентов Военно-медицинской академии, которое впервые проводилось в июле 2014 года позволило выявить 14 человек с подтвержденным фактом употребления наркотических средств и психотропных веществ, из 1794 обследованных, что составляет 0,8%. Сплошное обследование поступающих в академию было проведено и в 2015 году. При обследовании 2036 человек, выявлен один случай употребления опиатов, который не нашел своего подтверждения при проведении хромато-масс-спектрометрии. При этом, в ходе сдачи экзаменов и проживания в учебном центре академии, патрулями военной комендатуры были задержаны абитуриенты употребляющие наркотические средства и психотропные вещества. Проведенное исследование показывает, что эффективность массовых сплошных исследований биологических сред методом иммунохроматографического анализа неуклонно снижается при сохраняющимся росте потребления наркотических средств.

В связи с этим, важное значение приобретает многоосевой подход в выявлении лиц регулярно и эпизодически употребляющих наркотические средства и психотропные вещества в воинских коллективах. Основу которого, должны составлять не только результаты иммунохроматографического обследования, но и данные об индивидуально-личностных особенностях военнослужащих, а также их экспертная оценка командирами и непосредственными начальниками.

МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Тихенко В.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Несмотря на проводимые меры, полностью решить проблему аддиктивных расстройств в Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ) не удалось. Это обусловлено ее комплексным характером, требующим проведения неотложных мер на разных уровнях с привлечением должностных лиц и учетом реальных условий жизни и военно-профессиональной деятельности военнослужащих. В связи с этим перспективным методом, направленным на выявление военнослужащих, склонных к аддиктивному поведению, является многоосевая диагностика, которая учитывает все эти факторы.

С целью разработки многоосевого подхода, было проведено сплошное обследование военнослужащих методом иммунохроматографического анализа. Выявлено 18 человек, эпизодически употреблявших наркотические средства и психотропные вещества (НСПВ) и 36 человек активно уклонившихся от тестирования на наркотиках. Для сравнения была выбрана группа контроля в количестве 53 человек никогда ранее не употреблявших наркотических веществ из этих же воинских коллективов. Все обследуемые имели высшее образование, срок службы не менее трех лет, средний возраст составлял 28 лет. Была проведена оценка индивидуально-личностных особенностей военнослужащих этих групп с применением психологических методик, используемых при проведе-

нии профессионально-психологического отбора и сопровождения в ВС РФ. Одновременно с этим командиры и начальники этих военнослужащих дали экспертную оценку их профессиональных качеств («Анкета динамического наблюдения»), и представили итоговую оценку их успеваемости по военно-специальным дисциплинам.

В результате проведенного обследования установлено, что группа военнослужащих, эпизодически употребляющих НСПВ достоверно различалась от остальных групп по показателям «Деликвентное поведение», «Аддиктивная склонность» методика «Склонность к отклоняющемуся поведению», «Моральная нормативность», «Коммуникативный потенциал», «Личностный адаптационный потенциал» методика МЛЮ «Адаптивность», «Интеллектуальный потенциал», «Адаптационный потенциал» тестовая батарея «Кандидат на руководящую должность». Таким образом, у лиц с подтвержденным фактом употребления НСПВ был выше уровень социализации, коммуникативных способностей, отмечалась легкость формирования социальных связей, адекватное определение своего места в коллективе, ориентация на соблюдение внешних, формальных норм поведения. Данная группа обследуемых отличалась более высокими субъективными показателями адаптационных и интеллектуальных способностей. Показатели в группах контроля и уклонившихся от тестирования не имели достоверных различий.

Результаты экспертной оценки и данные успеваемости показали, что уровень социальной и профессиональной адаптации у лиц, эпизодически употребляющих НСПВ был значимо ниже, чем в остальных группах. Таким образом, субъективная оценка своих профессиональных качеств и индивидуально-личностных особенностей лицами, эпизодически употребляющими НСПВ, существенно отличалась от объективных показателей.

Использование многоосевой диагностики в профилактике аддиктивных расстройств у военнослужащих за счет простоты и доступности методик, применения двух «внешних критериев» (экспертной оценки качества службы и данных успеваемости), введения биологической оси (тестирование на содержание НСПВ в биологических средах экспресс-методами), а также оценки индивидуально-личностных особенностей, позволит выявлять военнослужащих с склонностью к аддиктивному поведению на ранних этапах и определять индивидуальные рекомендации по проведению психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КОНТРАКТНОЙ СЛУЖБЫ ЗАПАДНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА

Тихенко В.В., Семин С.А., Ильясов А.Т

ВмедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

По данным Государственного антинаркотического комитета мониторинга наркоситуации Российской Федерации, уровень наркотизации в России составляет около 6% населения (8,5 млн. человек из которых 1,5 млн.- активные потребители). Наиболее распространенными наркотическими средствами и психотропными веществами (далее НСПВ), употребляемыми в Российской Федерации являются препараты каннабисной группы. Так, по данным Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков большая часть изъятых в 2014 году наркотических средств приходилась на наркотические средства каннабисной группы – гашиш и марихуану (~ 14,8 тонн- 70,6%). Таким образом наиболее употребляемыми в России являются НСПВ производные конопли. Оценка же структуры употребляемых НСПВ в ВС РФ на сегодняшний день достоверно неизвестна.

С этой целью, был проведен анализ данных внезапных проверок на содержание НСПВ в биологических средах военнослужащих Западного военного округа. Проанализированы отчеты военной полиции за 2014 год, а также первое полугодие 2015 года. За этот период в общей сумме было выявлено 170 военнослужащих различных категорий, употребляющих НСПВ. Определение НСПВ в моче производилось методом иммунохроматографического анализа с подтверждением положительных проб в химико-токсикологической лаборатории. Далее была проведена оценка структуры употребляемых НСПВ военнослужащими. Было выявлено, что наиболее распространенными психоактивными веществами, которые определялись у военнослужащих являлись каннабиноиды и их производные – 30,7%, затем синтетические психостимуляторы – 25,4%, барбитураты – 22%, опиаты – 13%, бензодиазепины – 7,60% и кокаин – 1%.

Затем проводилась оценка выявленных случаев употребления НСПВ по категориям военнослужащих. Установлено, что доля военнослужащих проходящих службу по призыву составляла 12,4%, военнослужащих контрактной службы – 34,7% и курсантов ВВУЗов МО РФ – 52,9%. При анализе употребляемых НСПВ, военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, в том числе курсанты ВВУЗов, почти с равной частотой степени употребляли каннабиноиды (30,7%), синтетические психостимуляторы (25,4%) и барбитураты (22,0%), в меньшей степени – бензодиазепины, опиаты и кокаин

Исходя из этих данных, можно сделать следующие выводы:

Наиболее часто выявляемые НСПВ при проведении внезапных проверок среди военнослужащих были препараты каннабисной группы.

У военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, больше всего было выявлено истинно положительных результатов у курсантов ВВУЗов, что может косвенно указывать на распространение аддиктивной патологии среди данной категории военнослужащих.

РАЗВИТИЕ ШИЗОФРЕНИИ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Хозиев В.Б., Бобровникова А.С., Тарасова С.Ю., Якимова В.В.

Международный университет природы, общества и человека «Дубна», Психологический институт РАО

Краеугольным камнем в исследованиях шизофрении является вопрос о роли стрессовых событий, длительной или интенсивной психотравмирующей ситуации в генезе заболевания. Для формирования шизофрении необходимы повышенная уязвимость человека к стрессовым воздействиям – с одной стороны, и воздействие этих психотравмирующих факторов – с другой стороны [2].

Нами было проведено исследование взрослых лиц, имеющих диагноз «шизофрения» (F20). Цель исследования – анализ гендерных различий шизофрении на начальном этапе заболевания. Были использованы следующие методики. Развернутая клиническая беседа с использованием life-line и генограммы. Классическое патопсихологическое обследование. Тематический апперцептивный тест. Анализ медицинских карт. Анализ словесной и графической продукции больных. Было обследовано 32 больных: 16 мужчин и 16 женщин. Основным критерием анализа гендерных различий развития шизофрении был пусковой механизм начала заболевания.

По результатам исследования, большинство больных выросли в полной семье (62% мужчин и 75% женщин), в которой преобладал попустительский стиль воспитания (81% – у мужчин и 75% – у женщин). Пусковым механизмом начала заболевания у женщин чаще становилась психотравмирующая ситуация, связанная с неудачным любовным или сексуальным опытом: изнасилование, попытка изнасилования, «несчастливая любовь» (56% случаев). Среди факторов, отягощающих преморбидный фон, у женщин можно отметить нарушения пищевого поведения (37% случаев) и суицидальное поведение (31% случаев). У женщин в 18% случаев отмечен бред любовного содержания и в 25% случаев – бред вредительства или ущерба. Но и у мужчин пусковой механизм связан с психотравмой в области межличностных отношений (38% случаев). При этом у мужчин в качестве отягощающих факторов можно выделить асоциальное поведение (18% случаев) и употребление алкоголя и наркотических веществ (50% случаев).

Причиной социальной дезадаптации при формировании шизофрении может быть дефект механизмов обработки зрительной, слуховой и тактильной информации, эти нарушения снижают способность больных сопротивляться стрессу [1]. Некоторые виды стресса, например, разрыв любовных отношений, особенно субъективно значимы. С точки зрения социальных стереотипов жалобы на состояние здоровья для мужчин неприемлемы. Традиционные гендерные стереотипы проявляются в поведении, связанном с отношением к психическому и соматическому здоровью. Поэтому мужчины менее мотивированы на получение профессиональной помощи, а выбирают дезадаптивную копинг-стратегию, например, употребление алкоголя.

Причины, лежащие в основе гендерных различий развития шизофрении, требуют более углубленного изучения. В ходе дальнейшего исследования предполагается провести детальный анализ гендерных различий в каждой фазе заболевания.

ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Целью настоящего исследования является изучение особенностей формирования суицидальных мыслей у студентов медицинских ВУЗов.

Обследовано 135 студентов медицинского ВУЗа. Из них 29 юношей (21,48%) и 106 девушек (78,52%). Средний возраст обследованных составил $22,21 \pm 1,55$ лет. 23,70% студентов сообщили, что испытывали суицидальные мысли. Среди них преобладали девушки – 71,88%. Основными методами были клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, стандартизированного изучения психопатологических данных и статистический.

Обследованные разделены на 2 группы. В 1-ую вошли студенты, не испытывавшие суицидальных мыслей (103 человека), во 2-ую – испытывавшие (32 человека). Группы сопоставимы по основным социодемографическим показателям. В 1/3 случаев студенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось «мягким» способам – отравление и самопорезы. Эти действия возникали под действием следующих факторов – проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстниками и др. Одной из основных причин исчезновения от суицидальных мыслей было разрешение психотравмирующей ситуации. Гармоничное воспитание встречалось у 80% студентов из 1-ой группы, и у 43,75% из 2-ой. Статистически значимые различия в баллах по опроснику СМИЛ обнаружены по шкалам – 1, 4 и 7. По шкале 1 в 1-ой группе средний балл – $56,61 \pm 1,06$, во 2-ой – $58,14 \pm 2,92$. По шкале 2 в 1-ой группе средний балл – $61,50 \pm 0,72$, во 2-ой – $63,52 \pm 1,33$. По шкале 3 в 1-ой группе средний балл – $49,88 \pm 1,03$, во 2-ой – $54,14 \pm 1,18$. Во 2-ой группе средний уровень тревоги по опроснику ГТР-7 $9,42 \pm 1,71$, в 1-ой – $5,46 \pm 1,76$. Во 2-ой группе показатель ро-

левого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием составил $19,04 \pm 5,73$, а в 1-ой – $63,54 \pm 6,41$. Это можно интерпретировать как ограничение в выполнении повседневной работы, связанное с эмоциональным состоянием. Показатель психического здоровья у 2-ой группы составил $39,42 \pm 7,43$, а у 1-ой – $62,87 \pm 3,18$. Что может говорить о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Выводы: у студентов, получивших дисгармоничное воспитание, значительно чаще встречаются суицидальные мысли, что говорит о сниженных адаптационных возможностях; личностный профиль студентов, испытывавших суицидальные мысли, отличался от профиля не испытывавших, у студентов с суицидальными мыслями были выявлены избыточный контроль над поведением и высказываниями; выраженная напряженность, неудовлетворенность, вспыльчивость и несдержанность в отношениях; некоторая неуверенность в себе, склонность к волнениям, повышенное чувство вины. Одной из основной причиной исчезновения суицидальных мыслей было разрешение психотравмирующей ситуации. У студентов, испытывавших их, выявляется повышенный уровень тревоги и снижение качества жизни по показателям ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием и психического здоровья.

К появлению суицидальных мыслей приводило множество различных факторов. Кроме личностных особенностей, способствовавших появлению таких идей, необходимо воздействие нескольких значимых психотравмирующих ситуаций.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ БЕСПЛОДИИ В ПАРЕ (ОТКРЫТОЕ ПЕРЕКРЕСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Хритинин Д.Ф., Стеняева Н.Н., Сухих Г.Т.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования: изучение особенностей клинко-психопатологической структуры сексуальных дисфункций и расстройств аффективного спектра при бесплодии в паре.

Материал и методы: Мы провели открытое перекрестное исследование психического и сексуального здоровья у партнеров, состоящих в бесплодном браке, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Использовались клинко-психопатологический, клинко-сексологический методы. Психометрическое исследование проводилось с применением русскоязычных версий опросников «Symptom Check List-90 (SCL-90)», «The Munich Personality Test (MPT)», «The Female Sexual Functioning Index (FSFI)», «The International Index of Erectile Function Questionnaire (IIEF)». Обследованы 126 супружеских пар, обратившихся для лечения по поводу бесплодия в ФГБУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Критериями включения в клинческую группу (1 группа – 48 супружеских пар) являлись наличие устойчивых отношений, отсутствие детей, трубно – перитонеальное бесплодие у женщин. Критериями включения в группу сравнения (2 группа – 36 супружеских пар) являлись устойчивые отношения в паре, наличие детей. Группы были сопоставимы по уровню социально-экономического и образовательного статуса. Статистическая обработка данных проводилась с использованием метода корреляционного анализа. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: В 1 группе у пациенток в структуре сексуальных расстройств выявлены гипобиблидемия (68,8%) и коитальная аноргазмия (62,5%), сочетающиеся с расстройствами тревожно – депрессивного спектра. Сексуальные дисфункции формировались преимущественно на фоне расстройства адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции (75,8%). Мы не обнаружили существенных различий между двумя группами женщин в доменах «желание», «любрикация», «боль» и общей суммы баллов FSFI. Однако в доменах «возбуждение» ($4,34 \pm 1,19$ в 1 группе против $4,71 \pm 0,85$ во 2 группе), «оргазм» ($4,38 \pm 1,31$ против $4,80 \pm 1,49$), и «удовлетворенность» ($4,48 \pm 1,73$ против $4,72 \pm 1,30$) выявлены статистически значимые различия. У пациенток обнаруживалось смещение мотивации сексуальной активности с рекреационной составляющей сексуальности на прокреационную, что приводило к дезадаптации сексуальных отношений в паре и к снижению качества жизни в целом. В то же время партнерши пациенток разделяли идею о необходимости беременности, включались в диагностические и лечебные мероприятия по восстановлению фертильности, оказывали необходимую поддержку пациенткам, что сохраняло межличностные отношения и супружество. В результате проведенного исследования у партнеров в 1 группе выявлены снижения влечения (52,1%), эректильная дисфункция (43,8%), что приводило к снижению сексуальной активности в паре, дезактуализации половой жизни. У большинства из них выявлены гипотимные ситуационные реакции и ситуационно обусловленная тревога (70,8%).

Выводы: Бесплодие – важный стрессор для супружеской пары, влияющий на самооценку, сексуальную идентичность и сексуальную жизнь в целом. Анализ гендерных особенностей реагирования на стресс в связи с бесплодием убедительно показывает, что расстройства тревожно-депрессивного спектра и снижение качества жизни в связи с женским бесплодием выявляются как у мужчин, так и у женщин, в то же время у женщин они более выражены.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Цыган А.В., Баурова Н.Н., Курасов Е.С., Черевкова Т.Н., Цыган Е.Н.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Психоэмоциональные особенности у больных подагрой разнообразны и зависят от личностных особенностей, специфики заболевания, во многом определяя приверженность к лечению.

Обследовано 26 мужчин в возрасте $51,4 \pm 1,7$ лет со средней длительностью подагры $7,5 \pm 0,8$ лет. Во всех случаях диагноз был верифицированным на основании модифицированных диагностических критериев, предложенных S.L. Wallace et al. (1977). Преобладали больные с хронической тофусной подагрой (76,9%); артритами более трех суставов (46,2%), преимущественно первых плюснефаланговых суставов стоп, голеностопных, коленных, межфаланговых суставов кистей; функциональная недостаточность суставов I степени, с ограничением самообслуживания (57,7%).

Проведена комплексная оценка психоэмоциональных особенностей пациентов с подагрой. Для оценки уровня депрессии использовали шкалу Цунга для самооценки депрессии (Zung Self-Rating Depression Scale) (Zung W.W. et al., 1965), уровня тревоги – шкалу Цунга для самооценки тревоги. Изучение качества жизни проводилось по опроснику SF-36, отражающему общее благополучие и степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности, на которые влияет состояние здоровья. Для оценки профиля личности использовали сокращенный вариант методики многостороннего исследования личности (ММРП) – опросник Mini-mult, адаптированный В.П. Зайцевым (1981). Для определения преобладающего типа отношения к болезни использовали опросник ТОБОЛ, разработанный в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» на основе концепции психологии отношений В.Н. Мясищева с целью оценки личностного реагирования на болезнь.

В результате проведенного исследования у больных подагрой признаков депрессии и тревоги не выявлено, однако установлено наличие умеренной силы обратной корреляционной связи между значениями депрессии по шкале Цунга и «импульсивности» опросника Mini-mult ($r = -0,41$; $p < 0,05$). Выявлены умеренной силы прямые связи между возрастом пациентов и влиянием физического состояния на ролевое функционирование ($r = 0,40$; $p < 0,05$), выраженностью активности воспаления по СОЭ и оценкой интенсивности боли ($r = 0,41$; $p < 0,05$). Определены умеренной силы обратные корреляционные связи между характером течения подагры и оценкой физического функционирования ($r = -0,46$; $p < 0,05$). Наличие тофусов не влияло на показатели качества жизни SF-36. Однако установлены умеренной силы прямые корреляционные связи между наличием тофусов и шкалами «эмоциональной лабильности» ($r = 0,46$; $p < 0,05$), «тревожности» ($r = 0,42$; $p < 0,05$); уровнем мочевой кислоты и шкалой «импульсивности» ($r = 0,42$; $p < 0,05$) опросника Mini-mult. Чем выше оценивал больной подагрой общее состояние здоровья по опроснику SF-36, тем менее выражены были значения «индивидуальности» опросника Mini-mult ($r = -0,60$; $p < 0,05$). Все пациенты продемонстрировали «гармоничный тип» отношения к болезни.

Таким образом, мужчинам в возрасте старше 50 лет, страдающие подагрой, свойственны индивидуальность, импульсивность и оптимистичность. Гиперурикемия и личностные особенности, особенно импульсивность, затрудняют объективность оценки качества жизни, способствуют формированию «гармоничного» типа отношения к болезни, что негативно влияет на приверженность к лечению. Высокая воспалительная активность по параметру СОЭ определяет вероятность развития тревоги, что подтверждает необходимость коррекции гиперурикемии с целью предупреждения эпизодов острых подагрических артритов и прогрессирования заболевания. У больных тофусной подагрой с гиперурикемией более 360 мкмоль/л установлены признаки импульсивности, эмоциональной лабильности и тревожности. Пациенты с подагрой требуют особого внимания в плане коррекции образа жизни, обсуждения прогноза заболевания, необходимости своевременного лечения и адекватного динамического наблюдения.

РОЛЬ ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шакирова Г.П.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Христианство – крупнейшая религиозная конфессия мира, призывает человека к достижению нравственного совершенства в его настоящей жизни. Христианский верующий твердо ориентирован на жизнь настоящую, стремясь к нравственному очищению и к духовному здоровью в настоящей жизни. Исцеление от зависимости возможно только в изменении образа жизни наркозависимого человека, конечным итогом, которой становится формирование нового одухотворенного сознания и поведения. Церковная работа состоит в постепенном воцерковлении и дальнейшей социализации наркозависимых. По данным литературы длительность ремиссий после про-

тивоалкогольного лечения свыше 6 месяцев – 40% больных, их средняя длительность 10-15 месяцев, а свыше 2-х лет 5-10% больных.

Материалы и методы. В исследование было включено 48 пациентов, мужчин и женщин средней возраст 40±1, проходивших стационарное лечение в клинике психиатрии Военно-медицинской академии по поводу алкоголизма II стадии и посещавших духовно-ориентированную терапию. В контрольную группу были включены 25 пациентов в возрасте 38±1, отказавшиеся от проведения духовно-ориентированной терапии. У всех больных (в соответствии с МКБ-10) диагностировали психические и поведенческие расстройства со сформировавшейся зависимостью в результате употребления алкоголя. Длительность заболевания составила в среднем 15±2,5 года. На первом этапе больным проводилась дезинтоксикационная инфузионная терапия, симптоматическая (анксиолитическая, нормотимическая, гепатопротекторная, витаминотерапия), физиолечение. После редукции синдрома отмены, на 5-7 день предлагалась духовно-ориентированная терапия (ДОТ), психотерапевтические методики. Духовно-ориентированная терапия включает в себя регулярные богослужения (по субботам и воскресеньям, все Великие церковные праздники), и кормления пациентов, еженедельные библейские чтения, индивидуальные консультации.

Результаты исследования. В ходе комплексного лечения больных с синдромом зависимости от алкоголя подтверждена значимость духовно-ориентированной терапии, где ремиссии свыше 6 месяцев составили у 82,3% пациентов, а свыше 2-х лет у 54,4% пациентов у пациентов. Контрольная группа составила ремиссии свыше 6 месяцев 44,2% больных, свыше 2-х лет – 12,8% пациентов. Сформирована устойчивая установка на трезвость у 98,5% пациентов, посещавших ДОТ, по сравнению с контрольной группой 58,4%. Расширили круг своего общения 94,4% пациентов, посещавших духовно-ориентированную терапию, в контрольной группе всего 8,6%.

Выводы. Проведенное комплексное лечение больных с синдромом зависимости от алкоголя показало высокую эффективность духовно-ориентированной терапии. Полученные статистически достоверные результаты показали увеличение длительности ремиссии у больных, прошедших духовно-ориентированную терапию.

ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Шереметьева И.И., Картавых К.В.

КГБУЗ Алтайская краевая клиническая больница

Лечение больных гемофилией, а также их социальная адаптация представляют большую проблему во всем мире. Это продиктовано тяжестью данного заболевания, формированием у больного гемофилией коморбидности, а также сочетанной и сопутствующей патологии, высокой стоимостью лечения, с одной стороны, и наличием реальной возможности сохранить жизнь этим пациентам, обеспечить высоко качество, получив взамен продукцию их интеллектуального потенциала, необходимую для общества, с другой.

На данное время появился рост больных гемофилией, сопровождающейся психической патологией. На основании научных исследований можно выделить факторы способствующие развитию психической патологией у больных гемофилией. Это ранний выход на инвалидность, ограничение двигательной активности, излишняя опекаемость ребенка, страдающего гемофилией, матерью. Отсутствие полноценного общения со сверстниками (детям с гемофилией приходится ограничиваться в физических играх, так как существует постоянная угроза кровотечений при ничтожных травмах, ранняя инвалидизация), частые и длительные госпитализации отрывают ребенка от обучения в школе, создавая дополнительные трудности, а необходимость лечения в специализированных клиниках вдали от дома резко изменяет условия жизни больного: отрыв от семьи, явление госпитализма, отрицательные психогенные факторы, связанные с продолжительным лечением (Багаев В.И., 1991).

Все эти факторы могут приводить как к нарушению социальной адаптации, так и к формированию патологии личности.

Материалы и методы. На базе поликлинического отделения КГБУЗ Алтайской краевой клинической больницы, с участием сотрудников кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС ГБОУ ВПО АГМУ, проводится исследование больных гемофилией с целью установления клинко-динамических особенностей течения заболевания в зависимости от наличия психических расстройств. Во время обследования ведется осмотр пациента и наблюдение, заполнение карты обследования. Исследование пациентов было дополнено психологическими тестовыми методиками: оценка состояния тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Все обследуемые являлись жителями Алтайского края и других регионов России, находящимися на «домашнем» лечении – трансфузионно-заместительной терапией концентратами факторов свертывания. При клиническом осмотре пациенты предъявляли жалобы на выраженные ограничения двигательной активности, боли в суставах, слабость, усталость, легко возникающую раздражительность, быструю утомляемость при нагрузке, нарушения сна, головные боли, головокружение, неудовлетворенность собой, чувство тревоги и страха за свой социальный статус, приступы потери сознания, злоупотребление спиртными напитками.

Количество обследованных больных с разными видами патологии: общее количество больных гемофилией—47. Гемофилия А: 37 человек. Гемофилия В: 10 человек. Из общего числа больных гемофилией с диагнозом: экзогенно-органическое заболевание головного мозга, психоорганический синдром выявлено 16 человек. Один случай шизофрении и олигофрении. 4 случая эпилептических пароксизмов. 4 случая психопатии. 32 случая ситуационной депрессии. Обследуемые дети активно жалоб не предъявляли. Со слов родителей превалирует в клинической картине психопатические черты характера. Из объективных данных отчетливо выделялась гиперопека ребенка со стороны матери. Состояние гиперопеки усиливалось вместе с развитием ребенка. Мать больного гемофилией боялась его первых шагов, а затем падений и ударов. Во время взросления оберегала от многих видов спорта, различных хобби, которые сопровождались повышенным травматизмом. В подростковом возрасте ребенок становился не контролируемым, попадал в асоциальные компании, наносил себе татуировки, встречались случаи занятия экстремальными видами спорта (прыжки с парашютом, мотоспорт). В семейном анамнезе ребенок воспитывается одним из родителей (в основном это мама или бабушка больного гемофилией). Личностные характеристики матери: выраженные тревожно-мнительные черты, неустойчивая личность.

Был проведен анализ социального статуса и трудовой адаптации больных гемофилией: к квалифицированному труду подготовлены 58,6%, обучаются в средних и высших учебных заведениях – 26,8%, не имеют работы по различным причинам около 14,6%. Из них 78% проживают в городских условиях. 61% не состояли и не состоят в браке. Исследуемые больные имеют инвалидность 2 группы или инвалид-детства.

Выводы:

1. Проблема гемофилии выходит за рамки компетенции гематологов и ортопедов. Высокое интеллектуальное развитие и низкая трудовая адаптация являются одной из особенностей данной группы больных. Представляет интерес повышенная тревожность больных и их родителей, субдепрессивная и депрессивная симптоматика.

Система реабилитационных мероприятий для больных гемофилией на протяжении возрастных этапов должна включать психологическую, психотерапевтическую, социальную помощь в период стационарного и амбулаторного лечения, с учетом особенностей воспитания, микро- и макро-социального окружения, личностных характеристик, отношения к болезни и степени выраженности соматопсихических и психосоматических расстройств.

2. Необходимы рациональная профессиональная ориентация школьников с учетом их способностей, психотерапия и медикаментозная коррекция для профилактики невротических расстройств. На основании выше сказанного, можно предположить, что лица, страдающие данной патологией, нуждаются в комплексном лечении и наблюдении узкими специалистами, консультировании у психотерапевтов и при необходимости лечению у психиатра.

3. Ранняя активизация, после устранившихся тяжелых осложнений на ранних стадиях развития, улучшает психоэмоциональную адаптацию больных гемофилией к жизни. Переход на профилактическое и домашнее лечение помогли избежать инвалидизацию пациентов. Дети, страдающие гемофилией, ограничены в своих возможностях, таких как физическая нагрузка (различные виды спорта, связанные с повышенным травматизмом), выборе будущей профессии.

4. При тяжелом течении наследственного заболевания крови и рецидивов данной патологии, снижается порог стрессоустойчивости пациента, его реакция на болезнь, повышаются уровень тревоги, раздражительности, вследствие чего возможно возникновение психической патологии.

5. При проведении комплексной терапии, наряду с гемостазиологической терапией, необходимо кратковременное назначение психофармакологической терапии, с учетом ведущего психопатологического синдрома, (транквилизаторы, корректоры поведения, антидепрессанты, с учетом их влияния на систему гемостаза).

6. В связи с взрослением пациента, больного гемофилией, складывается особенная, своеобразная реакция на болезнь, на жизненную позицию, что непосредственно указывает на патохарактерологическое формирование личности и возможность патологии характера.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕМИССИИ

Шмилович А.А., Гончаренко С.Н.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования – определение влияния резидуальных психических расстройств на уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова – ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева. Отобранные 50 больных наблюдались в медико-реабилитационном отделении и дневном стационаре. Критерием включения в исследование был установленный диагноз параноидной шизофрении (F 20.0) в стадии ремиссии. Среди обследованных было 26 (52%) мужчин в возрасте от 24 до 64 лет (средний – 40,3±11,8) и 24 (48%) женщин в возрасте от 26 до 60 лет (средний – 42,7±9,8).

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что выраженность негативных и позитивных расстройств, отмечавшаяся у больных на момент исследования, аффективные нарушения, количество предшествующих госпитализаций и длительность заболевания выявили значимые статистические корреляции с уровнем социального функционирования больных. Именно эти признаки заболевания в условиях полустационарного режима психиатрической помощи являлись определяющими для формирования приспособительных возможностей больных, потенциальной трудоспособности и взаимоотношений с окружающими. Субъективная оценка тяжести внутренней картины заболевания оказалась наиболее тяжелой в данной группе больных (14 человек) в связи с присоединением депрессивного бреда (ипохондрический, нигилистический, греховности). Сниженное настроение сочеталось с тревожными опасениями за состояние своего здоровья, которые были спровоцированы телесными сенсациями, страхами и различными соматовегетативными расстройствами. В некоторых случаях (8 больных) продуктивная симптоматика имела «положительную» заряженность и клинический комплаенс был обусловлен стремлением больных получить крайне важную для них информацию от врачебного персонала по поводу своего состояния или возникающих проблем в социуме. Больные всячески стремились быть под наблюдением врача, возлагали большие надежды на лечение и выздоровление, были оптимистично настроены, настаивали на дополнительных методах обследования. Эти контакты способствовали снижению уровня неуверенности в себе, тревожных переживаний и страхов на фоне относительно нейтрального отношения к продуктивной симптоматике. Проведенные сравнительные исследования выраженности позитивной и негативной симптоматики и уровня нарушений социального функционирования позволили выделить четкие соответствия клинических проявлений болезни и уровня социальной адаптации лишь у 60% больных, тогда как у оставшихся 40% больных клинические проявления параноидной шизофрении не соответствовали уровню их социальной адаптации. Детальное рассмотрение данного аспекта показало, что при тяжелом непрерывном течении заболевания социальная дезадаптация связана с наличием биологических и психопатологических факторов, включая ранний возраст начала шизофренического процесса, нарастание и выраженность негативных расстройств, наличием более тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики и др. Уровень социального функционирования больных определялся «объективной» необходимостью ухода от различного рода конфликтов в «сложных» социально-бытовых и профессиональных сферах, возникающих на фоне дефицитарных нарушений. Кроме того у больных наблюдалась относительно стабильная социальная адаптация в сфере межличностных, семейных и профессиональных отношений. Многие из них пытались работать, состояли в браке, поддерживали социальные связи с друзьями и ближайшими родственниками. При этом, больные не справлялись с поручениями на работе, стремились избегать нагрузок, создавали для себя щадящий предохранительный режим, перекладывали ответственность, сокращая до минимума объемы повседневных обязанностей. В данном случае социальное поведение обусловлено желанием уйти от реальности, отдохнуть, избежать «крайностей» и определило особый случай социальной несостоятельности на фоне дефицитарных изменений личности.

Выводы. Таким образом, установленная в настоящем исследовании структура резидуальных психических расстройств, влияющих на социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии может учитываться при разработке и внедрении социально-реабилитационных программ на постгоспитальном этапе.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КОМОРБИДНЫЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Юсупалиева М.М.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, Республика Крым

Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) относятся к наиболее актуальным коморбидным состояниям у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В настоящее время их диагностике и лечению уделяется мало внимания, что существенно отягощает течение и прогноз основного заболевания. Важное значение в реабилитации больных с сочетанной соматической и психической патологией имеют немедикаментозные методы, в частности, санаторно-курортное лечение (СКЛ).

Цель работы – изучение частоты и выраженности ТДР у больных с различной тяжестью течения ХОБЛ, а также влияния на них климатических методов лечения в условиях Южного берега Крыма.

Материалы и методы: Работа выполнена в Алуштинском специализированном санатории «Ветеран». Объект исследования – 142 больных ХОБЛ, среди которых легкое течение заболевания (группа А по критериям GOLD -2014) установлено у 29 (20,4%) пациентов, умеренная степень тяжести (группа В) – у 76 (53,5%), тяжелое течение (группа С) – у 37 (26,1%) обследованных. Курс СКЛ включал проведение климатопродур, в частности аэро-, гелио- и талассотерапию. Оценка психического статуса больных проводилась при их поступлении в санаторий и перед выпиской с использованием шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и шкалы тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина

Результаты и их обсуждение: Данные исследования по шкале HDRS показали, что различной выраженности депрессивные расстройства имели место более, чем у половины больных (84 чел. – 59,2%). При этом среди женщин они выявлены у 24 из 44 (54,5%), среди мужчин – у 60 из 98 (61,2%). Анкетирование с применением опросника Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина также выявило состояние тревожности умеренной и высокой степени выраженности у большей части пациентов (97 чел. – 68,3%); среди женщин – у 29 (65,9%), среди мужчин – у 68 (69,4%). Несмотря на мультифакторный генез психических нарушений у больных ХОБЛ, включающий возрастной аспект, влияние курения и сопутствующей соматической патологии, отмечена отчетливая взаимосвязь между тяжестью ХОБЛ и выраженностью ТДР. Так, у пациентов группы А по шкале Гамильтона примерно с равной частотой установлены состояние нормы и легкий уровень депрессии. Более тяжелые ТДР в этой группе не выявлены. У больных группы В преобладали легкие и среднетяжелые ТДР, а у 5 обследованных (6,58%) выявлены ТДР тяжелой степени. У пациентов группы С нормальные показатели не установлены вообще. Преимущественно отмечался умеренный уровень депрессивных нарушений, однако со значительной частотой (40,54%) выявлялись также ТДР тяжелой и крайне тяжелой степени выраженности. Тестирование перед выпиской из санатория показало, что СКЛ благотворно влияет на проявления коморбидных психо-функциональных нарушений. При этом выявлена прямая корреляция между ответом на курс лечения и тяжестью ХОБЛ. Наибольшие позитивные сдвиги достигнуты у больных группы А, у большинства из которых (23 чел. – 79,3%) удалось достичь состояния нормы по шкале Гамильтона. Значительно меньшая положительная динамика получена при тяжелом течении ХОБЛ. Ни у одного из больных группы С после СКЛ не констатирован нормальный психический статус. Тем не менее, у 7 из 15 больных с исходно тяжелыми и крайне тяжелыми ТДР перед выпиской их уровень уменьшился до умеренной степени выраженности по шкале Гамильтона.

СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Янушко М.Г., Шаманина М.В., Иванов М.В.

СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Согласно концепции когнитивного дефицита как патогенетического фактора при развитии эндогенных психических расстройств, проявления когнитивной недостаточности характерны не только для больных шизофренией, но и для пациентов, страдающих различной аффективной патологией, такой как биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия. Когнитивные нарушения в большинстве случаев присутствуют в структуре психических расстройств аффективного спектра и в значительной степени определяют уровень социального функционирования пациентов.

На основании нескольких недавних исследований было высказано предположение о том, что профиль когнитивного дефицита при биполярном расстройстве имеет много общего с таковым у пациентов с шизофренией, с похожими последствиями для функционального статуса. Таким образом, одной из задач изучения когнитивных нарушений при аффективных психозах является адаптация широко применяемых инструментов оценки когнитивного статуса при шизофрении к оценке функционирования аналогичных когнитивных доменов при аффективных психозах. Одним из ключевых вопросов исследования когнитивного статуса у аффективных пациентов является выбор методики диагностики когнитивных нарушений.

Батарея тестов ВАС-А (Brief Assessment of Cognitive functioning in Affective Patients Keefe R.S.E., 2009), разработанная на основе батареи ВАСС с добавлением тестовых методик для оценки влияния эмоционального статуса испытуемых на выполнение когнитивных задач, соответствует таким критериям, таким как простота и удобство обращения и оценочная надёжность, поэтому было принято решение о стандартизации нормативных показателей батареи тестов ВАС-А для российской популяции, с целью ее дальнейшего использования на территории РФ.

Диагностика когнитивного дефицита при помощи батареи тестов ВАС-А проводится при помощи набора тестов, оценивающих показатели исполнительской функции, различных видов памяти, внимания. В зависимости от полученных показателей возможно определение уровня выраженности когнитивных нарушений при помощи приведения показателей к стандартизированным значениям.

Обследовано 211 здоровых добровольцев из общей популяции жителей г. Санкт-Петербурга, соответствовавших социально-демографическим показателям оригинальной выборки. Испытуемым предъявлены тесты батареи ВАС-А, произведён подсчет «сырых» баллов с дальнейшим приведением их при помощи математического преобразования к стандартным оценкам, другими словами проведена процедура стандартизации. Полученные данные стандартизации и корреляционного анализа соответствовали оригинальным нормативным значениям.

Проведенная работа по стандартизации нормативов показателя шкалы для российской популяции с использованием валидной выборки здоровых добровольцев позволило расширить возможности ее применения в России, что является шагом на пути расширения диагностических возможностей оценки когнитивных нарушений при различной эндогенной аффективной патологии.

СОДЕРЖАНИЕ...

Всероссийская научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

посвященная 155-летию кафедры
нервных и душевных болезней
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

20-21 ноября 2015 года, Санкт-Петербург

СБОРНИК СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ

Сдано в набор 09.11.2015
Подписано в печать 16.11.2015
Формат 60X84 1/8. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. ____.
Тираж 120 экз.
Гарнитура «Таймс»

Отпечатано в типографии
«Элемент П»
Тел.: (812) 378-04-66
Зак. № ...

Оригинал-макет подготовлен
издательским отделом ООО «Альта Астра»,
191024, Санкт-Петербург, ул. Мытнинская, д.1/20,
тел./факс: (812) 710-75-10
Дизайн, верстка: Альков А.С.

978-5-905498-38-1

© ВМедА им. С.М. Кирова, 2015
© Коллектив авторов, 2015
© Альта Астра, оформление, 2015

ISBN 978-5-905498-38-1



9 785905 498381