

Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

• Том 7, випуск 1 (19), 1999
• Volume 7, issue 1 (19), 1999

Український вісник психоневрології

ОРГАН МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТОВАРИСТВА НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Головний редактор
П. В. ВОЛОШИН

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
Бачериков А. М., Віничук С. М.,
Воробйова Т. М., Головченко Ю. І.,
Губський Ю. І., Дзяк Л. А.,
Дубенко Є. Г., Зозуля І. С.,
Курако Ю. Л., Кутько І. І.,
Марута Н. О. (відповідальний секретар),
Мерцалов В. С., Михайлов Б. В.,
Мінко О. І., Міщенко Т. С.,
Підкоритов В. С., Руденко А. Ю.,
Сухоруков В. І., Тайцлін В. Й.,
Чуприков А. П.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:
Абрамов В. А., Битенський В. С.,
Вієвський А. М., Влох І. Й.,
Гіттік Л. С., Головач К. М.,
Голубков О. З., Грицай Н. М.,
Деркач Ю. К., Євтушенко С. К.,
Квасневський О. Л., Козявкін В. І.,
Кришталь В. В., Кузнєцов В. М.,
Маньковський М. Б., Марковська Н. С.,
Мартинюк В. Ю., Мачерет Є. Л.,
Миртовська В. М., Назаренко В. Г.,
Напреєнко О. К., Нягу А. І.,
Павлов В. О., Реміняк В. І.,
Скочій П. Г., Сосін І. К., Табачников С. І.,
Утков О. Г., Фільц О. А.,
Шаповалова В. О., Шаповалов В. В.,
Шевага В. М., Шестопалова Л. Ф.

Том 7, випуск 1 (19)
Харків, 1999



Журнал "Український вісник психоневрології" друкується з 1993 року Українським НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії сумісно з Українським товариством неврологів, психіатрів та наркологів (свідоцтво про держреєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 368, видано Державним комітетом України у справах видавництв, поліграфії та книгорозповсюдження 10.01.94 року).

У журналі друкуються нові дані про результати досліджень у галузі нейронаук та їх впровадження у практику охорони здоров'я, отримані вченими та лікарями України, ближнього й дальнього зарубіжжя.

Видання журналу здійснюється щокварталу. Передплатний індекс 40862. Журнал поступає у медичні бібліотеки усіх областей України, НАН України та бібліотеки медичних ВУЗів України, до управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, членам товариства невропатологів та наркологів України, медичні бібліотеки столиць країн СНД.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:
м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.
Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 368 від 10.01.94 р.

Рекомендовано до друку Вченою Радою Українського НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії (протокол № 3 від 18.02.99 р.)

Надруковано у друкарні видавництва "Харків"
з оригінал-макета, виготовленого РВФ "Арсіс, ЛТД"
Підписано до друку 19.02.99. Формат 60x84/8. Друк офсетний.
Ум.-друк. арк. 17,1. Тир. 1 000 прим. Зам. № 9-270

ДО УВАГИ АВТОРІВ!

До опублікування у журналі "Український вісник психоневрології" приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії. У журналі розміщуються роботи з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, а також психотерапії. Публікуються роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, а також інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку необхідно враховувати наступне:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Статті надсилаються до редакції у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією.

3. Обсяг статей не повинен перевищувати для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — до 3-х сторінок.

4. Оригінал роботи подається до редакції у 2-х примірниках українською, російською або англійською мовами.

5. Роботи друкуються через 2 інтервали з полями: зліва — 3,5 см, справа — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—65 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити наступні розділи: вступ (з обгрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел. Назву перелічених розділів у тексті виділяти не слід.

7. Стаття повинна супроводжуватися резюме англійською мовою, що включає назву роботи, ім'я та прізвище авторів, назву установи, де виконувалась робота. Обсяг резюме не повинен перевищувати 10 рядків.

8. Стаття має бути підписаною усіма авторами та містити відомості про них (прізвище, ініціали, місце роботи, посада, контактна адреса та телефон).

9. Ілюстрації до роботи (малюнки, фотографії, графіки та діаграми) подаються тільки у випадках, коли одержані дані не можуть бути відображеними у таблицях. Кількість графічного матеріалу повинна бути мінімальною. При цьому, фотографії мають бути контрастними, малюнки, графіки та діаграми — чіткими.

10. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі малюнки та таблиці у тексті повинні бути посилання.

11. Посилання на літературні джерела у тексті необхідно надавати у квадратних дужках, у відповідності з покажчиком літератури.

12. Перелік літературних джерел оформлюється у відповідності з ГОСТ 7.1.-84 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються у перелік тільки у випадку необхідності.

13. Електронний рукопис на дискетах 3,5 дюйма у текстовому редакторі Microsoft Word 6.0. Не слід розбивати статтю на окремі файли.

14. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб.

15. Текст статті та усі супровідні матеріали повинні бути відредагованими та перевіреними.

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей.

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

18. Статті надсилаються на адресу:

м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46,
Український НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії,
Редакція журналу "Український вісник психоневрології"

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

П. В. Волошин, О. І. Весельський (Харків)
КАПІЛЯРОТРОФІЧНА МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЯ І ДВЗ-СИНДРОМ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНІЙ ДИСЦИРКУЛЯЦІЇ У ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЛИ РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ 6

ПСИХО-СОМАТИЧНІ ТА СОМАТО-ПСИХІЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ ПРИ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Т. Г. Встріла (Євпаторія)
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗІВ В УМОВАХ КУРОРТУ 9

Р. А. Грачов (Донецьк)
ПРИЧИНИ ТА УМОВИ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА НЕВРОЗИ 12

Є. Г. Гриневич (Донецьк)
ВПЛИВ РІЗНИХ ЧИННИКІВ НА ПОКАЗНИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ 15

А. І. Долганов
МЕДИЧНИЙ ДОБІР ПРЕТЕНДЕНТІВ НА ОПЕРАТИВНУ ПОСАДУ АТОМНИХ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЙ 17

А. І. Коцюба (Київ)
РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ САДИСТИЧНОГО ТИПУ ЯК КЛІНІЧНИЙ ФЕНОМЕН 19

Т. Н. Майкова, В. І. Пашкова, С. М. Мороз, В. Н. Миртовська (Дніпропетровськ)
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІЙНОГО СТАНУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА МІГРЕНЬ 23

А. В. Малихін (Харків)
МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМІВ ВЕГЕТО-СУДИННОЇ ДИСТОНІЇ ПРИ ПОЛІТРАВМАХ 25

Б. В. Михайлов, А. В. Чухрасва (Харків)
ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ 29

В. Д. Мішиєв (Київ)
КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ДЕПРЕСІЙ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ШИЗОАФЕКТИВНОГО ПСИХОЗУ 31

Л. Д. Попова, С. О. Стеценко (Харків)
ВПЛИВ КИНУРЕНОВОЇ КИСЛОТИ НА РЕЦЕПЦІЮ ГЛУТАМАТА В ПАЦЮКІВ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ СУДОМНОЇ ГОТОВНОСТІ 34

С. В. Рожков (Харків)
ПРО СЕКСУАЛЬНУ ДЕЗАДАПТАЦІЮ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ НЕВРОЗІВ У ЧОЛОВІКІВ 36

А. Н. Скрипніков (Полтава)
ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ ТА СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ШИЗОЇДНУ ПСИХОПАТІЮ 40

С. В. Тітієвський (Донецьк)
СОМАТО-ПСИХІЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ ПРИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВАХ У ШАХТАРІВ, ЩО БРАЛИ УЧАСТЬ У ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ 42

ТЕРАПІЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

І. Й. Влох, Б. В. Кулик, І. Ю. Байса, Л. В. Животовська, Л. А. Крижанівська, Ю. М. Даниленко (Львів)
ДИНАМІКА ТРАНСПОРТУЮЧИХ СИСТЕМ ЕРИТРОЦИТАРНИХ МЕМБРАН КРОВІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ В ПРОЦЕСІ ТЕРАПІЇ 48

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

P. V. Voloshin, O. I. Veselskiy (Kharkiv)
CAPILLAROTROPHIC MICROGEMOCIRCULATION AND DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION (DIC) IN PATIENTS WHO WERE EXPOSED TO IONIZE RADIATION INFLUENCE 6

PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC CORRELATION AT NERVOUS AND PSYCHIC DISORDERS

T. G. Vetrila (Evpatoria)
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENDOGENIC PSYCHOSISES IN CONDITIONS OF A HEALTH RESORT 9

R.A. Grachov (Donetsk)
CAUSES AND CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF PRIMARY SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AT NEUROSIS 12

E.G. Grinevich (Donetsk)
INFLUENCE OF THE VARIOUS FACTORS ON PARAMETERS PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF THE PATIENTS BY A CALCULOUS CHOLECYSTITIS 15

A. I. Dolganov
SYSTEM OF MEICAL PRETENDER SELECTION ON THE OPERATIVE JOB TITLE OF ATOMIC STATIONS 17

A. I. Kotsuba (Kyiv)
PERSONAL DISORDER OF SADISTICAL TYPE AS A CLINICAL PHENOMENON 19

T. N. Maikova, V. I. Pashkova, S. M. Moroz, V. N. Mirtovskaya (Dnipropetrovsk)
ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF A FUNCTIONAL CONDITION OF A CEREBRAL HEMODYNAMICS AT THE PATIENTS BY A MIGRAINE 23

A. V. Malirhin (Kharkiv)
MECHANISMS OF FORMING OF THE VEGETO-VASCULAR DYSTONIA SYNDROMES AT POLYTRAUMAS.. 25

B. V. Mikhailov, A. V. Chukhrayeva (Kharkiv)
STUDY OF SUICIDAL TENDENCIES IN STAFF OF INTERNAL AFFAIRS DEPARTMENTS IN KHARKIV REGION 29

V. D. Mishyev (Kyiv)
CLINICAL VERSIONS OF DEPRESSIONS AT DIFFERENT TYPES OF SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSES 31

L. D. Popova, S. A. Stetcenko (Kharkiv)
THE INFLUENCE OF AN KYNURENIC ACID ON RECEPTION OF A GLUTAMATE IN RATS WITH A DIFFERENT LEVEL OF CONVULSIVE READINESS ..34

S. V. Rozhkov (Kharkiv)
ON A SEXUAL DISADAPTATION AT DIFFERENT FORMS OF NEUROSIS IN MEN 36

A. N. Skripnikov (Poltava)
PECULIARITIES OF BEGINNING SEXUALITY AND SEXUAL BEHAVIOUR OF MEN AT SCHIZOID PSYCHOPATHY 40

S. V. Titievsky (Donetsk)
SOMATO-PSYCHICAL CORRELATIONS OF PSYCHOPATHOLOGIC MANIFESTATIONS IN MINERS-CHERNOBYL ACCIDENT CONSEQUENCES CLEANING UP PARTICIPANTS 42

THERAPIES OF NERVOUS AND PSYCHIC DISORDERS

I. Vlokh, B. Kulyk, I. Baysa, L. Jyvotovska, L.Kryjanivska, Y. Danilenko (Lviv)
DYNAMICS OF TRANSPORT SYSTEMS OF ERYTHROCYTES MEMBRANES DURING THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS 48

Р. А. Грачов (Донецьк)
СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ВАГІНІЗМУ 51

Н. П. Жиронкіна, В. М. Могчаров (Харків)
ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ . 53

А. В. Лисенко (Запоріжжя)
КОМПЛЕКСНІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ З ВИКОРИСТАННЯМ МІОФАСЦІАЛЬНОГО РЕЛІЗІНГА У ХВОРИХ З МІОФАСЦІАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ ШЕЙНО-ГРУДНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ 55

В. В. Ніколаєв (Харків)
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ФОРМИ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПСИХОПАТІЇ У ЖІНОК 57

В. Я. Пишель (Київ)
ПЛАЗМАФЕРЕЗ У ПОЄДНАННІ З ЕЛЕКТРОСУДОМНОЮ ТЕРАПІЄЮ У ЛІКУВАННІ РЕЗИСТЕНТНИХ СТАНІВ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗАХ 63

С. В. Сало (Харків)
ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СПАСТИЧНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ 66

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М. П. Беро (Донецьк)
ЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ, БАТЬКИ ЯКИХ БРАЛИ УЧАСТЬ У ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС 68

Л. М. Гайчук (Харків)
РОЛЬ МІКРОСОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ГЕНЕЗІ ДОХВОРОБНИХ ПСИХІЧНИХ ЗМІН У ДЕЛІНКВЕНТНИХ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ 69

Л. А. Дзяк, А. Н. Шульга (Дніпропетровськ)
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ІШЕМІЙ, ЩО ОБУМОВЛЕНІ ОККЛЮЗІОННО-СТЕНОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ 72

В. О. Єжова (Ялта)
РОЗВИТОК НЕВРОЛОГІЧНОГО НАПРЯМУ У КУРОРТОЛОГІЇ 75

Т. М. Клименко (Харків)
СТАТЕВИЙ ДИМОРФІЗМ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ПЛОДА-НОВОНАРОДЖЕНОГО 77

А. А. Коломієц, В. Е. Казаков (Луганськ)
ФАКТОРИ РИЗИКУ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ 79

Н. О. Марута, І. О. Явдак (Харків)
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕЗИСТЕНТНОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ 81

О. В. Мерцалова (Харків)
ІМУНОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНОГО БАР'ЄРУ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС У НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАННЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ... 84

Т. Ю. Проскуріна, Е. А. Михайлова, Т. Н. Матковська (Харків)
МОДЕЛЬ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНИХ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ 86

О. Е. Табачников (Харків)
ВПЛИВ МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН УЧНІВ ШКІЛ НОВОГО ТИПУ НА СТАН ЇХ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я 88

R. A. Grachov (Donetsk)
A SYSTEM APPROACH TO DIAGNOSIS AND CORRECTION OF VAGINISM 51

N. P. Zeronkina, V. M. Mogcharov (Kharkiv)
REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES PERIPHERIC NERVOUS SYSTEM 53

A. V. Lysenko (Zaporizhzhia)
COMPLEX CURATIVE-REHABILITATIONAL MEASURES WITH USE MYOFASCIAL RELEASING AMONG PATIENTS SUFFERING FROM MYOFASCIAL SYNDROMS OF CERVICAL-THORACIC LOCALISATION 55

V. V. Nikolaev (Kharkiv)
PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF DISADAPTIVE FORMS OF SEXUAL DISHARMONY AT PSYCHOPATHY IN WOMEN 57

V. Ja. Pishel (Kyiv)
PLASMAPHERESIS IN COMBINATION WITH ELECTRO-CONVULSIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF THERAPY-RESISTANT PATIENTS WITH ENDOGENOUS PSYCHOSIS 63

S. V. Salo (Kharkiv)
APPLICATION OF MANUAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF SPASTIC STATES IN INSULT PATIENTS . 66

MODERN DIRECTIONS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT NEURO-PSYCHIC DISORDERS AMONG AT CHILDREN AND ADOLESCENT

M. P. Bero (Donetsk)
EMOTIONAL DISORDERS IN CHILDREN OF PARTICIPANTS IN LIQUIDATION THE CRASH ON CHERNOBYL AES 68

L. M. Gachyk (Kharkiv)
SOCIAL-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMING PREMORBID MENTAL DISORDERS OF THE ADOLESCENTS-DELINQUIENT 69

L. A. Dziak, A. N. Shulga (Dnipropetrovsk).
CLINICAL PECULIARITIES OF ACUTE CEREBRAL ISCHEMIAS, CAUSED OKKLUSIVE-STENOTIC BY AFFECTS OF BRAIN VESSELES 72

V. A. Ezhova (Jalta)
DEVELOPMENT OF NEUROLOGIC TREND IN HEALTH RESORT TREATMENT 75

T. M. Klimenko (Kharkiv)
SEX DIMORPHISM OF NEUROHORMONAL ADAPTATION OF FETUS-NEWBORN 77

A. A. Kolomiets, V. E. Kazackov (Lugansk)
RISK FACTORS OF THE DEVIATING BEHAVIOUR FORMATION PECULIAR TO CHILDREN AND ADOLESCENTS 79

N. A. Maruta, I. A. Yavdak (Kharkiv)
CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF RESISTANCE AMONG NEUROTIC PATIENTS 81

O. V. Mertsalova (Kharkiv)
IMMUNOCHEMICAL ASPECTS OF THE STUDY OF THE HAEMATOENCEPHALIC BARRIER RESISTANCE UNDER CONDITIONS OF CNS PERINATAL INJURIES IN NEWBORN CHILDREN IN AN EARLY NEONATAL PERIOD 84

T. Yu. Proskurina, E. A. Mikhhaylova, T. N. Matkovskaya (Kharkiv)
THE MODEL OF DIAGNOSIS TECHNIQUE OF BOUNDARY NEURO-PSYCHIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF SCHOOL AGE 86

A. E. Tabachnikov (Kharkiv)
INFLUENCE OF INTERPERSONAL RELATIONS OF NEW-TYPE SCHOOLS PUPILS ON THEIR MENTAL HEALTH . 88

КЛІНІКА ТА ЛІКУВАННЯ АЛКОГОЛІЗМУ

А. Ф. Артемчук (Харків)
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЕКГ-ЗМІН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛІЗМ У СТАНІ АЛКОГОЛЬНОЇ АБСТИНЕНЦІЇ 90

І. В. Купрієнко (Харків)
НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЗАПОЙНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ 93

С. І. Табачніков, Е. Н. Зінченко (Донецьк)
ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ОЦІНКА КОРОТКОТЕРМІНОВОЇ ЕМОЦІЙНО-СТРЕСОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ЗАКЛАДАХ НОВОГО ТИПУ .96

КЛІНІКА ТА ДІАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

М. А. Гаєва (Харків)
ВЕСТИБУЛЯРНІ ТА СЛУХОВІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРАХНОЇДИТАХ 99

О. Ю. Сухоносова (Харків)
РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ ТА ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ ПРИ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКАХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП 101

В. І. Тайцлін, О. І. Лобойко (Харків)
ШКІРНО-СУДИННА РЕАКЦІЯ НА НИКОТИНОВУ КИСЛОТУ ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ 103

І. І. Шогам, (м. Кармієль, Ізраїль), А. А. Пороскун (Луганська область, м. Старобільськ, Україна)
НАСЛІДКИ ЗАКРИТИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ І ПАТОЛОГІЯ КРАНІО-САКРАЛЬНОЇ СИСТЕМИ 105

НОВИНИ ФАРМАЦІЇ

Н. О. Марута (Харьков)
ТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ПРЕПАРАТУ "ДОППЕЛЬГЕРЦ" У ЛІКУВАННІ ПСИХОГЕННИХ АСТЕНІЙ ... 108

В. В. Шаповалов (Харків)
АСПЕКТИ СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ: ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОПОТЕНЦІЮЮЧОГО ВПЛИВУ АНАЛЬГІНУ ТА СІБАЗОНУ У СКЛАДІ НОВОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ "ДИНАЛЬГІН" ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ МОЖЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ПРЕПАРАТУ 110

Л. В. Слюсарева, І. К. Сосін, І. А. Марценковський (Харків, Київ))
ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЛОНГОВАНОГО КАРБАМАЗЕПІНУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЕНДОГЕННИХ ТА ОРГАНІЧИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ 114

НОВІ МЕТОДИКИ

Ю. Ю. Чайка (Харків)
ДО ПОБУДОВИ "ОСОБИСТІСНО-СМИСЛОВОЇ ПРОЕКТИВНОЇ МЕТОДИКИ" 120

ДО ВПРОВАЖДЕННЯ МКХ-10 В УКРАЇНІ

В. С. Підкоритов (Харків)
ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ МКХ-10 У ПСИХІАТРИЧНУ ПРАКТИКУ В УКРАЇНІ 123

ПОВІДОМЛЕННЯ

Б. В. Михайлов (Харків)
17-й ВСЕСВІТНІЙ КОНГРЕС З ПСИХОТЕРАПІЇ 126

В. С. Підкоритов, Н. О. Марута, Л. І. Д'яченко (Харків)
УКРАЇНСКИЙ СЕМІНАР-НАРАДА "ВПРОВАДЖЕННЯ МКХ-10 У ВІТЧИЗНЯНУ ПСИХІАТРІЮ"..... 127

CLINICS AND TREATMENT OF ALCOGOLISMS

A. F. Artemchuk (Kharkiv)
EPIDEMIOLOGY OF ECG-CHANGES AT THE PATIENTS IN A CONDITION OF AN ALCOHOLIC ABSTINENCE .. 90

I. V. Kupryenko (Kharkiv)
THE NEW APPROACHES TO TREATMENT OF DRINKING-BOUT CONDITION AT THE PATIENTS WITH ALCOHOLISM 93

S. I. Tabachnikov, E. N. Zinchenko (Donetsk)
SUBSTANTIATION AND ESTIMATION SHORT-TERM EMOTIONALLY-STRESS PSYCHOTHERAPIES OF ALCOHOLIC DEPENDENCE IN ESTABLISHMENTS OF A NEW TYPE 96

CLINICS AND DIAGNOSTICS OF CRANIOCEREBRAL TRAUMAS

M. A. Gaevaya (Kharkiv)
VESTIBULAR AND ACOUSTICAL INFRINGEMENTS AT POSTTRAUMATIC CEREBRAL ARACHNOIDITES 99

O. Yu. Suchonosova (Kharkiv)
RHEOENCEPHALOGRAPHY AND DOPPLEROGRAPHY OF COMPARISON AT THE REMOTE CONSEQUENCES OF A CRANIOCEREBRAL TRAUMA AT CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS 101

V. I. Tajtslin, O. I Lobojko (Kharkiv)
DERMATOVASCULAR REACTION ON NICOTINIC ACID IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF CRANIOCEREBRAL TRAUMAS 103

I. I. Shogam (Karmiel, Israel), A. A Poroskun (Lugansk area, Starobelsk, Ukraine)
THE CONSEQUENCES OF CLOSED CRANIOCEREBRAL TRAUMAS AND PATHOLOGY OF CRANIOSACRAL SYSTEM 105

NEWS OF A PHARMACEUTICS

N. A. Maruta (Kharkiv)
THERAPEUTIC OPPORTUNITIES OF A PREPARATION "DOPPEL HERZ" IN TREATMENT OF PSYCHOGENIC ASTHENIAS 108

V. V. Shapovalov (Kharkiv)
OF JUDICIAL PHARMACY: STUDING INTRACTION OF ANALGIN AND SIBAZONUM IN STRUCTURE OF A NEW MEDICINAL AGENT "DINALGIN" AT RESEARCH OF AN OPPORTUNITY OF DEVELOPMENT OF TOLERANCE TO PREPARATION 110

L. V. Slusareva, I. K. Sosin, I. A. Martsenkovsky (Kharkiv, Kyiv)
APPLICATION OF PROLONGED CARBAMAZEPINE IN COMPLEX THERAPY OF ENDOGENIC AND ORGANIC DISORDERS 114

NEW METHODS

Y. U. Chayka (Kharkiv)
TO CONSTRUCTION "PERSONAL SENSETIVE PROJECTIVE TECHNIQUE"..... 120

TO INTRODUCTION ICD-10 IN UKRAINE

V. S. Pidkorytov (Kharkiv)
PROBLEMS OF INTRODUCTION ICD-10 IN PSYCHIATRIC PRACTICE IN UKRAINE..... 123

REPORTS

B. V. Mikhailov
THE 17-TH WORLD CONGRESS OF PSYCHOTHERAPY 126

V. S. Pidkorytov, N. A. Maruta, L. I. Djachenko (Kharkiv)
THE UKRAINIAN SEMINAR-CONFERENCE "INTRODUCTION ICD-10 IN THE PSYCHIATRY OF OUR COUNTRY" 127

КАПІЛЯРОТРОФІЧНА МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЯ І ДВЗ-СИНДРОМ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНІЙ ДИСЦИРКУЛЯЦІЇ У ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЛИ РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ

П. В. Волошин, О. І. Весельський

Український НДІ клінічної і експериментальної неврології і психіатрії м. Харків

Вивчення медичних аспектів аварії на Чорнобильській АЕС, зокрема — впливу радіації на ангіоневрологічну захворюваність є пріоритетним і актуальним. Судинні елементи нервової тканини являються досить вразливими і мають провідну роль у патогенезі радіаційних уражень [1, 2, 3, 4]. Однак, до сих пір недостатньо вивчені стан капіляротрофічної мікрогемоциркуляції та можливі прояви ДВЗ-синдрому при порушеннях кровообігу мозку у осіб, що зазнали дії іонізуючого випромінювання (ІВ). Тому метою нашої роботи було дослідження капіляротрофічних змін та клініко-лабораторних особливостей ДВЗ-синдрому при різних формах мозкових дисциркуляцій.

Нами на протязі тривалого періоду (з 1988 р.) вивчаються порушення кровообігу мозку, його клінічні форми, розвиток, перебіг і досліджуються ряд систем гомеостазу у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС та осіб, які проживали (проживають) в забруднених радіонуклідами районах. В роботі приводяться дані клініко-лабораторного і морфологічного обстеження 250 хворих (віком 23—57 років), які мали різні прояви ураження нервової системи (ВСД, ДЕ, ішемічний, геморагічний інсульти). Доза опромінення, згідно документації райвійськкоматів, в переважній більшості становила до 25 бер. Динамічне спостереження дозволило встановити, що розвиток і перебіг порушень кровообігу мозку має певні особливості. Зокрема, при ВСД і ДЕ І ст. у переважній більшості обстежених домінувала поліморфна суб'єктивна симптоматика над об'єктивними неврологічними проявами. Скарги мали неврозоподібний характер. Синдром ВСД на фоні перманентного і пароксизмального перебігу з часом переходив в судинну дистонію з початковими ознаками недостатності кровообігу мозку. Формувалась дисциркуляторна енцефалопатія різного ступеню вираженості. Органічні неврологічні симптоми та наявність і характер пароксизмів-кризів мали залежність від рівня ураження нервової системи та тривалості періоду після опромінення.

При дослідженні мікрогемоциркуляції [5, 6] у обстежених хворих виявлені різні порушення транскапілярного обміну, які були пов'язані з вираженим підвищенням чи прихованим зниженням проникливості капілярів. Такі порушення гемомікроциркуляції в клініці визначаються поняттям "капіляротрофічна недостатність" [7]. Використання прямих (при житті) і непрямих (після смерті) методів дослідження [6] системи мікрогемоциркуляції дозволило візуально оцінити мікросудини, їх топографічну взасмозалежність та морфофункціональний стан всіх ланок мікроциркуляторного русла і провести кількісне визначення функціонуючих капілярів на 1 мм^2 ділянки бульбарної кон'юнктиви. Використовувались мікрофотографії, отримані при стандартному збільшенні. Одночасно з дослідженням мікрогемоциркуляції при житті вивчали секційний матеріал 63 померлих внаслідок порушення кровообігу головного мозку та поєднання цих дисциркуляцій з гострою чи хронічною коронарною недостатністю. З числа померлих у 13 хворих був ішемічний інсульт, у 11 — геморагічний, у 39 — ВСД, ДЕ. У 17 хворих різні прояви церебральної дисциркуляції мали як гострий, так і хронічний перебіг і поєднувались з інфарктом міокарду. Слід відмітити, що у 43 % обстежених смерть настала у віці 26—35 років.

Проведені нами дослідження дозволили виділити ряд морфологічних критеріїв, які лежать в основі капіляротрофічної недостатності системи мікрогемоциркуляції. Зокрема, перший варіант — це редукція капілярів, яка обумовлена пролонгуючою ішемією органів і тканин. Хронічний дефіцит притоку артеріальної крові в тканини мозку приводить до розвитку малокров'я та запустіння капілярів і їх облітерації. В таких капілярах розвивається проліферація колагенових фібрил [6], що дає основу трактувати такі зміни в мікросудинах як постішемічний капіляросклероз. Редукція капілярів заміщується сполучною тканиною і подібні зміни можуть набувати, ймовірно, системний характер. Внаслідок редукції капілярів послаблюються метаболічні реакції, зменшується обсяг транскапілярного кровотоку, знижується інтенсивність транскапілярного обміну і в залежності від розповсюдження процесу розвивається регіонарна чи системна функціональна недостатність мікроциркуляторного русла. В свою чергу її наслідки — дистрофія, деструкція структури паренхіми органів і тканин та їх склероз [6]. У обстежених хворих часто наступали своєрідні зміни в капілярах, які проявлялись переходом останніх в ємкісні депонуючі судини. Подібна перебудова капілярів переважно виникала у хворих ВСД, ДЕ з низьким артеріальним тиском, в умовах застійного венозного повнокров'я, що пов'язано з порушенням відтоку крові з мозку. Такі порушення, зокрема, перехід капілярів у депонуючі судини становили другий морфологічний критерій капіляротрофічної недостатності мікроциркуляторного русла як наслідок розладу церебральної і системної гемодинаміки. Зміни останньої особливо проявлялись при мозкових дисциркуляціях, поєднаних з ішемічною хворобою серця. В капілярах і артеріолах визначалось сповільнення (переривний) кровотоку, інколи — ретроградна течія крові в венулах та наявність в них агрегації формених елементів крові (сладж-феномен)

і одиночних мікротромбозів. Діагностувались зміни судин по типу їх набряку та геморагії. В обмінній ланці мікроциркуляторного русла зростала кількість розширених капілярів, в отворі яких накопичувались еритроцити. Ділятації також підпадали посткапіляри і збираючі венули, які в свою чергу трансформувалися у вени малого калібру. В результаті такого стану значна частина крові з артеріальної системи поступала безпосередньо у венозну. Дефіцит в мікроциркуляторному руслі і пов'язана з ним капіляротрофічна недостатність обумовлюють зниження транскапілярного кровотоку і особливо транскапілярного обміну. Виявлені морфологічні зміни мікроциркуляції дають основу вважати про її функціональну неповноцінність для забезпечення кровотоку та метаболічних процесів. Особливо це виражено у хворих ДЕ II, III ст. та ішемічним інсультом. Такі критерії пониження обміну мікросудин в системі мікроциркуляції являються очними з ознак передчасного старіння організму. Зростаюча атеросклеротична редукція капілярів у ліквідаторів носить системний характер і проявляється поступовим збільшенням атрофії структур паренхіми та строми органів і тканин, зокрема — головного мозку. У осіб, що зазнали опромінення, при розвитку мозкової дисциркуляції редукція мікросудин хоч і починається з капілярів, однак вона може розповсюджуватися на пре- і посткапіляри,. магістральні капіляри, артеріоло-артеріолярні, венуло-венулярні і артеріоло-венулярні анастомози. Таке явище найбільш ймовірно може приводити до виникнення дефіциту пластичного і енергетичного забезпечення тканинних структур, розвитку атрофії речовини мозку та порушення систем гомеостазу маріючого організму.

В період церебральних пароксизмів і кризів та розвитку ішемічних інсультів спостерігалось не тільки погіршення стану хворих (зростання неврологічної симптоматики, посилення кровоточивості слизових оболонок носа, ясен, наявність синців, підшкірних гематом, мікрогеморагії в сітківці), а і значне зростання порушення гемомікроциркуляції. У 23 % хворих виявлялись різнонаправлені зрушення мікроциркуляції (переважно внутрішньосудинні) та зміни ряду показників зсідання крові, які свідчили про наявність хронічного ДВЗ-синдрому. Посилена кровоточивість із слизових оболонок, ясен, носа та ін. та виражені зміни мікроциркуляції (сладж-феномен, мікрогеморагії) вказували на подальший розвиток ДВЗ-синдрому. Визначались капілярні і судинні крововиливи з паралельним венулярним мікротромбоутворенням. Найбільш виражені порушення гемомікроциркуляції та прояви ДВЗ-синдрому виявлялись у хворих з мозковими дисциркуляціями, які мали поєднану соматичну патологію, зокрема — печінки. Ознаки ДВЗ-синдрому можуть проявлятись різною симптоматикою і мати неоднозначну їх вираженість, інколи — досить помірну, що становить певні труднощі в діагностиці синдрому. Клінічно ДВЗ-синдром проявлявся ознаками: нудота, блювота, кровоточивість, гіпотонія та зростання вираженості парезів, чутливих і афатичних розладів. Нерідко симптоми хронічного синдрому ДВЗ можуть бути "приховані" і не проявлятися будь-якими специфічними порушеннями. В таких випадках особливе значення має дослідження гемомікроциркуляції та показників зсідання крові, зокрема — на початковій стадії синдрому. Виявляються посилення показників зсідання крові та виражені зміни мікроциркуляторного русла (тромбозомікрогеморагії, сладж-феномен, морфологічні розлади та ін.).

При дослідженні аутопсійного матеріалу зрізів головного мозку і серця (протоколи розтинів та гістологічних досліджень) встановлено, що при мозкових дисциркуляціях розвивається внутрішньосудинне зсідання крові, яке може мати локальний чи дисемінований характер. Внутрішньосудинні зміни у померлих проявлялись утворенням фібринових, еритроцитарних та змішаних тромбів. Останні переважно мали вигляд волокнистих утворень і розміщались внутрішньосудинно та в своєму складі містили зрілий фібрин. Такі стани правомірно вважати проявом ДВЗ-синдрому. Тромбоцитарні тромби порівняно з частотою фібринових виявлялись значно рідше, а лейкоцитарні — лише в окремих випадках. Відносно еритроцитарних тромбів слід відмітити, що вони практично спостерігались в судинах мікроциркуляторного русла всіх хворих. Такі зміни слід розглядати як кінцевий етап послідовних процесів: агрегації — сладжа — аглютинації еритроцитів [8, 9]. Непрямі ознаки ДВЗ-синдрому, зокрема зміни ендотелію, набряк, плазматичне просякнення стінок судин чи покривання їх фібрином спостерігались лише при крововиливі в мозок. Одночасно виявлялись дистрофічні зміни в ряді органів (серце, печінка та ін.), які слід розцінювати, найбільш ймовірно, як непрямі ознаки ДВЗ-синдрому. Вони спостерігались у випадках як з явищами мікротромбозу, так і при відсутності ознак внутрішньосудинного зсідання крові. Зростання синдрому може бути обумовлено проникненням тканин мозку в систему кровотоку. В судинах головного мозку незалежно від форми церебральної дисциркуляції виявляються тромби переважно у венулах і значно рідше в артеріолах і капілярах (8 : 1).

У ліквідаторів з порушенням кровообігу мозку (померлих) органами-мішенями в першу чергу являються головний мозок, серце, легені, печінка, вилочкова залоза. Фібринові тромби спостерігаються в цих органах, де реалізувався патологічний процес основного захворювання. Наявність хоч одиничних фібринових тромбів, особливо в декількох органах, свідчить про ДВЗ-синдром [9]. Якщо мікротромби локалізуються в одному чи двох органах, то це є проявом локального внутрішньосудинного зсідання крові. Найбільш часто ДВЗ-синдром розвивається при крововиливах в мозок, особливо його шлуночки, та наявності при цьому супутньої патології (персистуючий гепатит). Фібринові тромби спостерігаються переважно у більшості паренхіматозних органів. В окремих випадках ДВЗ-синдром може мати хвилеподібний чи рецидивуючий перебіг. Внутрішньосудинне зсідання крові при порушеннях кровообігу мозку та коронарної недостатності у 31 % випадків мало дисемінований і у 49 % — локальний характер. Слід вважати, що розвиток ДВЗ-синдрому на протязі доби до настання смерті є проявом

декомпенсації на рівні мікроциркуляторного русла і нерідко спостерігається у випадках раптової смерті.

Таким чином, проведені нами дослідження дозволяють вважати, що у хворих ангіоцеребральними дисциркуляціями, які мали іонізуюче опромінення, спостерігається капіляротрофічна недостатність системи гемомікроциркуляції. Така недостатність відображає функціональний стан обмінної ланки мікроциркуляторного русла. Дефіцит капілярів може бути пов'язаний з редукцією обмінних мікросудин (тривала ішемія мозку), перетворенням їх в депонуючі судини (застійне венозне повнокров'я), порушенням обмінної ланки мікроциркуляції та з редукцією капілярів при вираженій мозковій дисциркуляції. Фінальні зміни в мікрогемоциркуляції обумовлюються формуванням тромбоцитарних, лейкоцитарних, еритроцитарних та змішаних клітинних агрегантів і утворенням в них тромбоцитофібринових тромбів переважно у венулярній ланці. У обстежених хворих виявляються капіляротрофічна недостатність гемомікроциркуляції та різні прояви ДВЗ-синдрому, які визначають характер та важкість перебігу хвороби. Домінуючі процеси розвитку спустошення капілярів, їх склерозу та редукції приводять до ішемії, порушення перфузії крові через мікросудини і атрофії речовини мозку. Гіпоксія і метаболічні розлади тканини мозку можуть зростати і набувати необоротного характеру. Цілком ймовірно, що своєчасна клініко-лабораторна діагностика капіляротрофічної недостатності гемомікроциркуляції і синдрому-ДВЗ має принципове значення, визначає проведення патогенетично обумовленої терапії [6, 8, 10], ішемічних чи геморагічних порушень кровообігу мозку у осіб, що зазнали іонізуючого впливу [6, 8, 10].

Література:

1. *Міщенко Т. С.* Хронічні енцефалопатії (порівняльна клініко-патофізіологічна характеристика та лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 1992.— 29 с.

2. *Винницький О. Р.* Дослідження хронічного ендогенного впливу малих доз іонізуючого опромінення на головний мозок // Укр. вісник психоневрології. — 1996.— Т. 4.— Вип. 5 (12).— С. 21—23.

3. *Зозуля І. С., Поліщук М. Є., Синицький С. І.* Клініко-структурні зміни головного мозку при цереброваскулярній недостатності //Лік. справа. — 1997.— № 4.— С. 131—133.

4. *Сухоруков В. І., Весельський О. І.* Клініко-лабораторні особливості пострадіаційних ангіоцеребральних захворювань у сільського населення, що працює в складних умовах // Укр. вісник психоневрології. — 1997.— Т. 5.— Вип. 3 (15).— С. 250—253.

5. *Селезнев С. А., Назаренко Г. И., Зайцев В. С.* Клинические аспекты микрогемоциркуляции.— Л., 1985. — 208 с.

6. *Ярыгин Н. Е., Николаева Т. Н., Кораблев А. В.* Капилляротрофическая недостаточность системы микрогемоциркуляции как одно из проявлений общей патологии // Архив патологии. — 1986.— Т. 58. — № 1.— С. 41—46.

7. *Казначеев В. П., Дзизинский А. А.* Клиническая патология транскапиллярного обмена. — М., 1975.

8. *Баркаган З. С.* Геморрагические заболевания и синдромы. — М., 1988. — 480 с.

9. *Архангельский А. В., Маслякова Г. Н.* О частоте и морфологии ДВС-синдрома у детей в раннем неонатальном периоде// Архив патологии.— М.: Медицина.— Т. 58.— 1996.— № 5.— С. 61—63.

10. *Волошин П. В., Міщенко Т. С., Криженко Т. В., Шестопалова Л. Ф. та ін.* Лікування і реабілітація уражень нервової системи у осіб, що зазнали радіаційного впливу внаслідок аварії на ЧАЕС //Укр. вісник психоневрології. — 1996.— Т. 4.— Вип. 5 (12).— С. 23—25.

CAPILLAROTROPHIC MICROGEMOCIRCULATION AND DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION (DIC) IN PATIENTS WHO WERE EXPOSED TO IONIZE RADIATION INFLUENCE

P. V. Voloshin, O. I. Veselskiy

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

It were showed the some stage of formation of capillarotrophic microhemocirculation deficiency and disseminated intravascular coagulation (DIC) in patients who were exposed to ionize radiation influence. The role of microvascular changes in clinical neurological disturbances there were determined.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА

Т. Г. Ветрила

Евпаторийская психиатрическая больница
г. Евпатория

В результате сравнительного исследования клиники и динамики острых психотических расстройств установлено отсутствие жестких противопоказаний к курортному лечению у больных эндогенными психозами в период ремиссии. Климатический фактор, изменение жизненного стереотипа, психологического настроя, подъем жизненного тонуса — все это предрасполагает к более благоприятному течению манифестировавших эндогенных психозов и способствует эффективности терапии

Анализ поступлений в психиатрические стационары курортных городов Крыма показал значительное увеличение госпитализаций иногородних лиц с диагнозами эндогенных психозов. Из них только у 8 % диагноз устанавливался впервые. Одной из причин складывающейся ситуации, на наш взгляд, является изменившееся в последние годы законодательство, которое значительно расширило права лиц с психическими расстройствами и позволило больным эндогенными психозами мигрировать в курортные зоны на период летнего отдыха. Таким образом лечение в условиях курорта стало одной из новых лечебно-реабилитационных форм помощи, оптимизация которой зависит от разработки эффективных методов диагностики и лечения эндогенных психозов.

Следует отметить, что специфика психиатрической службы курортных городов традиционно имеет существенные различия в диагностическом и лечебном подходах к двум контингентам пациентов — местным жителям и приезжающим на отдых. На большинстве крымских курортов число отдыхающих в период с мая по октябрь превышает местное население иногда почти в два раза. Пребывание на курорте чаще всего ограничивается 14—21 днями, при этом до 60 % отдыхающих проживают в частном секторе, иногда в сложных бытовых условиях. При неорганизованном отдыхе может отсутствовать лечебный контроль, процедуры принимаются подчас без системы и ограничения во времени, что, например, при инсоляции и грязелечении небезопасно. По нашим данным почти 10 % лиц, отдыхавших на курортах, ранее страдали психическими заболеваниями и состояли на учете у психиатра, а 5 % впервые заболевали психическим заболеванием во время пребывания на курорте. Между тем не все из них обращаются в этот период к психиатру, а госпитализируются уже с тяжелыми психическими расстройствами психотического уровня.

Следует подчеркнуть, что отдых в зависимости от культурного уровня, социально-психологических особенностей, а также психического состояния понимается людьми по-разному: некоторыми — как постоянный прием лечебных процедур, "свободный образ" жизни, праздность, алкоголь, сигареты, а иногда и наркотики. Так в исследовании, посвященном влиянию курортного образа жизни на психическое здоровье, была описана группа состоятельных пациентов швейцарских санаториев, которые в 40-х годах, приехав туда на месяц, оставались в санатории на многие годы, предпочитая курортную депривацию активному образу жизни. Они даже не обращали внимания на то, что совсем рядом шла вторая мировая война. По мнению автора, под влиянием подобного стиля жизни у них формировались эмоционально-волевые расстройства, отмечалась утрата инициативы, цели в жизни, что характерно и для псевдоневротических вариантов шизофрении (*цит. по* [1]). В некоторых научных работах [2, 3] также описан санаторный синдром, клиническая картина которого, по мнению авторов, сходна с клиникой вялотекущей шизофрении и иногда определяет ошибочную диагностику.

Таким образом, совокупность социальных и психологических факторов, связанных с пребыванием на курорте, представляется весьма значимой, для лиц с эндогенными психозами и шизофренией в том числе. Изучение стиля отдыха, жизненной позиции — активной или пассивной — как фактора, провоцирующего и влияющего на течение психических расстройств, представляется особо актуальным в современных условиях.

Требуют уточнения и разработки принципы организации лечения больных шизофренией, находящихся на отдыхе в период ремиссии заболевания. Если лечение пограничных нервно-психических расстройств на курорте достаточно хорошо разработано благодаря развитой системе государственной и частной психотерапевтической помощи, то по отношению к большим психозам многое остается неясным, причем не только в области терапии. Мало изучена зависимость клинической типологии психического расстройства от миграции иногда на многие сотни километров, что влечет за собой нарушение привычного жизненного стереотипа, резкое изменение климатических условий и т. д.

Вместе с тем практика свидетельствует, что терапия психических заболеваний на курорте достаточно эффективна, поскольку учитывает лечебное воздействие климатических и природных факторов.

С целью изучения особенностей терапевтических мероприятий в условиях курорта был осуществлен сравнительный клинический анализ эндогенных психозов. Простым случайным методом в период 1989—1996 гг. было выбрано и обследовано по критериям МКБ-10 120 пациентов с эндогенными психозами, которые в период пребывания на отдыхе в г. Евпатории поступили в Евпаторийскую пси-

хиатрическую больницу (43 мужчины — 35,8 % и 77 женщин — 64,2 %). В качестве группы сравнения были выбраны 120 пациентов постоянно проживающих в Евпатории (47 мужчин — 39,1 % и 73 женщины — 60,9 %).

Среди местных пациентов 25,9 % мужчин и 38,3 % женщин состояли в браке; в группе приезжих этот показатель равнялся соответственно 23,3 % и 40,9 %. Достоверно близок был также процент женатых мужчин и замужних женщин, однако среди приезжих мужчин число разведенных было почти в полтора раза больше, тогда как среди местного населения это соотношение было обратным. Вероятно, эти данные в известной мере объясняют мотивировку на санаторный отдых в целом в популяции. 46 % женщин приехали на отдых с детьми.

38,5 % отдыхающих прибыли в Евпаторию из сел и городов, отстоящих от курорта более чем на 1000 км, то есть преодолели часовые пояса и разнообразные климатические зоны в относительно короткий срок, что в медицинской климатологии считается мощным и неблагоприятным стрессовым фактором. 22,5 % прибыли из разных областей Украины (расположенных от курорта на расстоянии 500—1000 км) и 3,3 % — из других районов Крыма. Характерно, что большинство приехавших издалека были в Евпатории впервые, 45 % отдыхающих с Украины приехали повторно.

Изучение нозологического распределения также позволило установить ряд закономерностей. В первую очередь следует отметить, что 39,3 % мужчин и 57,5 % женщин из числа местного населения страдали шизофренией, в то время как среди приехавших на отдых шизофрения диагностировалась достоверно реже — в 24,0 % наблюдений у мужчин и 49,3 % — у женщин. Важно, что острые параноидные состояния и депрессии в группе приезжих встречались почти в пять раз чаще, чем у местных жителей. Эти различия можно отчасти объяснить постановкой более легких "косметических" диагнозов приезжим пациентам в условиях отсутствия объективных анамнестических сведений о процессуальности заболевания.

В литературе мы находим указания на связь между климатическими условиями и формами психических расстройств. Так, есть указания на бессознательную миграцию больных шизофренией к югу, а больных эпилепсией — к северу, что, по мнению авторов, способствует улучшению психического состояния больных. Данные о росте числа депрессий при миграции с севера на юг противоречат точке зрения, согласно которой укороченный световой день провоцирует развитие скрытых депрессивных состояний. Развивающиеся у отдыхающих параноидные и депрессивные состояния могут являться формами неспецифической реакции на стресс.

Шизоаффективные психозы встречались с одинаковой частотой в обеих группах.

Динамика болезненных состояний и, соответственно, терапевтические подходы также отличались в обеих группах. Средняя продолжительность психоза у приезжих не превышала 5—7 дней и была достоверно ниже, чем у местного населения (12—14 дней) в рамках всех эндогенных психозов. Первые психозы при шизофрении также были достоверно короче у мигрантов. При этом клиника шизофрении у отдыхающих всегда включала яркие аффективные компоненты с колебаниями даже в пределах одного дня — от маниакально-гебефренных состояний до депрессивных, расстройства сознания, что свидетельствовало о ее прогностической благоприятности.

При терапии психозов у приезжих почти всегда возникала необходимость использования широкого спектра психотропных средств, в том числе нейролептиков, препаратов лития, антидепрессантов, ноотропов. Это было связано именно с полиморфизмом психопатологических проявлений.

По имеющимся данным катамнестических наблюдений [5], представляется возможным утверждать, что у мигрантов с севера и отдаленных районов северо-запада после первого психоза, возникшего на юге, даже при сходном начале болезни по возвращении домой процесс протекал с более длительными ремиссиями. Катамнез при острых параноидных состояниях также различался. Лишь у 3 пациентов-мигрантов через 3 года после повторных психозов был поставлен диагноз шизофрении, у 15 местных пациентов такой диагноз был установлен уже через 2 года. Интересно, что поведение на курорте психически больных из категории приезжих оказывалось всегда менее патологическим и более рациональным, чем у местных пациентов. Больные с хроническими депрессиями старались чаще бывать вне дома, купаться, регулярно питаться и развлекаться. Больные шизофренией в состоянии острого психоза, напротив, избегали общества и поэтому реже нарушали общепринятые нормы. Приезжие психически больные легко прекращали употребление алкоголя, курение, прием физиотерапевтических процедур, но неохотно принимали лекарства.

Неадекватное поведение этих лиц в санатории благодаря постоянному пребыванию в коллективе обычно сразу становится заметным, поэтому большинство больных, даже при наличии стертых психозов, были госпитализированы в психиатрические больницы уже в первые дни отдыха. Это неблагоприятно влияло на поведение и настроение пациентов, считавших, что в период пребывания на курорте они не реализовали своих возможностей на отдых, а вынуждены провести его в психиатрической больнице. Поэтому лечение в условиях полустационара в этом случае было более удачной альтернативой.

Неорганизованный отдых вне санаторных условий, напротив, предполагает большую терпимость жителей курортного города к странному поведению приезжих, поэтому отдыхающие в частном секторе поступали в психиатрический стационар обычно уже в конце своего отпуска.

13 пациентов из числа приезжих, перенесших шизофренический психоз, остались в Евпатории и устроились на работу. Катамнестическое исследование показало, что они отмечают значительное улучшение в своем самочувствии и "увеличение общего тонуса". Кроме того, по их мнению, здесь к ним по-другому относятся — "считают людьми". Вероятно, сама обстановка курортного города, допускающая большую свободу выражения, влияет на мироощущение и психическое состояние пациентов.

Таким образом, течение психических расстройств в определенной мере связано с различными экзогенными факторами — сменой климатических условий, жизненного стереотипа, особенностей реагирования на психотравмирующие факторы и восприятия окружающего. Определенные условия, складывающиеся в период пребывания пациента на курорте, оказывают благоприятное влияние на характер течения заболевания. Кроме того, в санаторно-курортных условиях создаются предпосылки для проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий, поэтому санаторно-курортное лечение можно рекомендовать для включения в комплексную терапию эндогенных психозов.

Литература:

1. *Самохвалов В. П.* Эволюционная психиатрия.— Симферополь, 1990. — 296 с.

2. *Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Корнетов Н. А.* Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы эндогенной ритмики при шизофрении.— Киев, 1984.— 121 с.

3. *Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Корнетов Н. А.* Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях — Киев, 1988. — 34 с.

4. *Рудзатс А. А.* Метеоклиматическое влияние при шизофрении — М., 1988. — 215 с.

5. *Гильбурд О. А.* Шизофрения на севере. — Сургут, 1998.— 17 с.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENDOGENIC PSYCHOSISES IN CONDITIONS OF A HEALTH RESORT

T. G. Vetrila

Psychiatric hospital
Evpatoria

It is shown that acute psychotic disorders came be treated at health resorts. Changes in life stereotype, psychological disposition, life tone, climate promote more favourable course of manifest schizophrenia, improve treatment results.

ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ НЕВРОЗАХ

Р. А. Грачев

Донецкая областная клиническая больница им. М. И. Калинина
г. Донецк

Сексуальные нарушения при неврозах, главным образом у мужчин, были объектом исследований ряда авторов [1—3 и др.]. Однако до сих пор не изучены и не описаны в литературе клинические формы первичных сексуальных расстройств, приводящих к развитию невроза, несмотря на то, что они, как показали наши исследования [4], преобладают в клинике нарушения сексуального здоровья при этой патологии, в частности, у женщин.

С целью установить причины, механизмы развития и проявления первичной сексуальной дисфункции, ее связь с формой невроза у женщин и роль в генезе нарушения сексуального здоровья нами были обследованы 209 супружеских пар, в которых жены страдали неврозом и наблюдалась сексуальная дисгармония.

Супруги были в возрасте от 21 года до 45 лет (большинство в возрасте до 30 лет). Давность невроза составляла у подавляющего большинства женщин от 1 года до 2 лет, давность сексуального расстройства — до 5 лет. Неврастения была диагностирована у 71 пациентки, истерический невроз — у 63, и невроз навязчивости — у 75 больных.

Все супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [5]. На первом этапе проводился анализ всех форм сексуальной дисфункции у женщин по критериям сексуального здоровья, на втором — по его компонентам и составляющим; на третьем этапе определялись причина, способствующие и усугубляющие дисгармонию факторы, на четвертом устанавливался диагноз каждого из супругов, на пятом — формулировалось диагностическое заключение для супружеской пары.

При системном анализе по критериям сексуального здоровья зависимости его нарушений от формы невроза у женщин было выявлено, что замедленное соматосексуальное развитие чаще, чем при других формах невроза, имело место при неврастении (у 45±6 % больных), ускоренное — при неврозе навязчивости (16±4 %), при котором в ряде случаев отмечалось и преждевременное психосексуальное развитие (28±5 %). При других формах невроза ускоренное сомато- и психосексуальное развитие встречалось в единичных случаях, в остальных оно было нормальным. Для больных истерическим неврозом была характерна трансформация полоролевого поведения, наблюдавшаяся у 36±5 % из них, а у 21±4 % женщин с неврастенией отмечалось гиперфемининное поведение. У последних также особенно часто встречалась дезинформация в области секса (91±5 %).

У больных неврастенией преобладали шаблонно-регламентированный и пассивно-подчиняемый типы сексуальной мотивации (69±7 %), у женщин с неврозом навязчивости — шаблонно-регламентированный (66±5 %), реже встречался гомеостабилизирующий тип (14±4 %), а у больных истерией сексуальная мотивация была наиболее разнообразной — от агрессивно-аверсионной до псевдоигровой. И ни у одной женщины не было оптимального типа сексуальной мотивации — взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического [5].

Половая конституция была слабой более чем у половины больных неврастенией, у остальных отмечалась средняя, у женщин с истерией — в основном слабая и средняя, а среди больных неврозом навязчивости 40±5 % принадлежали к сильному типу половой конституции.

Сексуальное либидо было слабо выражено чаще всего при истерии (44±5 %) и при неврастении (26±5 %) и в меньшей степени — при неврозе навязчивости, платоническое и эротическое либидо отсутствовало особенно часто у больных неврастенией и истерическим неврозом (соответственно у 39±5 % и 34±5 %). Расстройство оргазма (гипооргазмия) отмечалось при всех формах невроза, но более характерной была аноргазмия, особенно при неврозе навязчивости (у 82±4 % больных). Из чувств, испытываемых к мужу, на первом месте у женщин с неврастенией была любовь (у 39±5 %), у больных истерией — ревность (40±5 %), больные неврозом навязчивости в большинстве случаев испытывали к мужу уважение. Реже встречались такие чувства как привычка, безразличие, аверсия. Для всех форм невроза был характерен невротический тип сексуальной культуры, при истерическом неврозе на втором месте по частоте был примитивный ее тип. Гармоничного, аполлоновского типа сексуальной культуры не было ни у кого из женщин.

Анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим позволил выявить сочетанное их поражение у супружеских пар. Социальный компонент был нарушен в основном за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни и неправильной в связи с этим интерпретацией ими своих сексуальных проявлений. Причиной нарушения психологического компонента был внутриличностный, социально-психологического — межличностный конфликт супругов. Психическая составляющая анатомо-физиологического компонента была поражена у женщин вследствие невроза, у их мужей — в результате личностной реакции на заболевание жены и сексуальную дисгармонию. У многих женщин была ослаблена нейрогуморальная составляющая этого компонента из-за ретардации пубертатного развития.

Стержневое поражение информационно-оценочной составляющей социального компонента сексуального здоровья было выявлено у 22 (11±3 %) больных, социокультурной — у 12 (6±2 %); стержневое поражение психологического компонента отмечалось у 67 (31±4 %), социально-психологического — у 22 (11±3 %), психической составляющей анатомо-физиологического компонента — у 59 (27±3 %) и нейрогуморальной составляющей этого компонента — у 27 (13±2 %) наших пациенток.

В результате определения степени поражения компонентов и составляющих сексуального здоровья у обследованных больных были выделены следующие формы первичного сексуального расстройства:

паторефлекторная форма, в основе которой лежит срыв нервной регуляции полового акта с нарушением его физиологической программы и последующим закреплением по механизмам невротической фиксации с образованием патологического условного рефлекса — у 25 больных (12±3 %);

ретардационная форма, развивающаяся при запаздывании сомато- и психосексуального развития, неправильного воспитания девочки, приводящего к выработке отрицательной установки на половую жизнь, — у 16 женщин (8±2 %);

невроз ожидания сексуальной неудачи — навязчивое опасение неудачи в половом акте — у 27 пациенток (13±3 %);

коитофобия, представляющая собой страх перед половым актом, который делает невозможным его осуществление — у 16 больных (8±2 %);

вагинизм — судорожное сокращение мышц влагалища, тазового дна и бедер, также делающее невозможным проведение полового акта — у 12 женщин (6±2 %);

сексуальная аверсия — крайне негативное отношение к сексуальному партнеру и вообще к сексу — у 19 человек (9±3 %);

алекситимическая, или эргопатическая, форма (директорская болезнь), обусловленная неумением отдыхать, гармонично сочетать работу с отдыхом — у 9 женщин (4±2 %);

дезинформационная форма, развивающаяся из-за отсутствия достаточных знаний в области секса и правильного представления о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции, что приводит к искаженной интерпретации своих сексуальных проявлений — у 22 пациенток (11±3 %).

У остальных женщин были выявлены дезадаптационные формы первичных сексуальных расстройств:

социокультурная форма, обусловленная несоответствием у супругов типов сексуальной культуры — у 12 человек (6±2 %);

полоролевая форма, развивающаяся вследствие трансформации или гиперполевого поведения у одного или обоих супругов, — у 13 пациенток (7±3 %);

сексуально-эротическая форма, представляющая собой результат несоответствия диапазонов приемлемости супругов, отсутствия оптимизации техники полового акта — у 27 больных (13±3 %);

несоответствие половой конституции, возникающее при слабой или ослабленной половой конституции у жены и средней или сильной половой конституции у мужа, — в 11 случаях (6±4 %).

При системном анализе по критериям сексуального здоровья зависимости его нарушений от форм первичной сексуальной дисфункции был выявлен ряд следующих закономерностей. Замедленное сомато-сексуальное развитие отмечалось у всех женщин с ретардационной и у подавляющего большинства — с алекситимической и дезадаптационными формами дисфункции. Для всех обследованных с ретардационной и алекситимической формами, для всех случаев несоответствия половой конституции, а также для большинства женщин с вагинизмом, полоролевой и сексуально-эротической дезадаптацией была характерна задержка психосексуального развития. При ретардационной форме сексуальной дисфункции почти у 1/3 больных были выявлены сложные асинхронии полового развития.

У большинства обследованных с полоролевой и у 44±18 % — с алекситимической формой первичной сексуальной дисфункции наблюдалась трансформация полоролевого поведения. Гиперполевое поведение определялось у части женщин с коитофобией (38±12 %), неврозом ожидания, социокультурной и дезинформационной формами (29±10 %).

Неполная и неправильная информированность в области секса отмечалась у всех женщин с дезинформационной, алекситимической, сексуально-эротической формами сексуальной дисфункции, при несоответствии половой конституции и у подавляющего большинства других обследованных. Тип сексуальной мотивации в большинстве случаев при всех формах сексуального расстройства был шаблонно-регламентированным, реже гомеостабилизирующим, однако показательно, что агрессивно-эгоистический ее тип отмечался только у женщин с вагинизмом, а агрессивно-аверсионный — у больных с сексуальной аверсией. Пассивно-подчиняемый тип сексуальной мотивации можно было отметить почти у 1/3 женщин с ретардационной формой, генитальный был характерен для женщин с полоролевой дезадаптацией (54±14 %). Мотивами полового акта были большей частью выполнение супружеского долга у женщин с ретардационной формой сексуальной дисфункции и неврозом ожидания (соответственно у 50±13 % и 30±9 %), средство релаксации — при алекситимической форме (44±18 %), а половой акт как средство достижения несексуальных целей был характерен для женщин с сексуальной аверсией (63±11 %).

Слабая половая конституция чаще всего отмечалась при коитофобии, сексуальной аверсии, вагинизме, несоответствии половой конституции супругов (до 72±15 %), сильная была только у части обследованных с паторефлекторной формой (28±9 %), реже — с неврозом ожидания (15±7 %). У женщин с остальными формами сексуальной дисфункции в основном была средняя половая конституция.

Платоническое либидо было слабо выражено или отсутствовало при ретардационной форме дисфункции и сексуальной аверсии; у всех женщин с алекситимической формой и у большинства — с несоответствием половой конституции и полоролевой дезадаптацией отмечалось слабовыраженное сексуальное либидо. У всех обследованных с ретардационной формой сексуальной дисфункции были

притуплены сексуальные ощущения, отсутствовали они чаще всего при алекситимической, дезадаптивных формах дисфункции и при несоответствии половой конституции жены и мужа. Болевые сексуальные ощущения наблюдались у всех больных вагинизмом и не отмечались ни у кого из обследованных с паторефлекторной, ретардационной формами, при контофобии и сексуальной аверсии. Аноргазмия была характерна для всех женщин с ретардационной, дезинформационной и сексуально-эротической формами дисфункции, с контофобией, вагинизмом и для большинства остальных больных.

Лишь около 1/4 женщин с паторефлекторной формой дисфункции и сексуально-эротической дезадаптацией испытывали любовь к супругу, остальные еще реже, нередким было безразличие к мужу, а для женщин с ретардационной и алекситимической формами первичной сексуальной дисфункции была характерна ревность. Все без исключения женщины испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Связь между формами первичной сексуальной дисфункции иллюстрируется данными таблицы. Из них следует, что при неврастении чаще всего развивались паторефлекторная и дезинформационная формы, нередко — невроз ожидания, истерический невроз — при вагинизме и сексуальной аверсии, невроз навязчивости значительно чаще наблюдался при ожидании сексуальной неудачи, чем при других формах первичной сексуальной дисфункции.

Зависимость формы невроза от формы первичного сексуального расстройства

Формы сексуального расстройства	Формы невроза					
	неврастения, n=71		истерический невроз, n=63		невроз навязчивости, n=75	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Паторефлекторная	11	15±4	5	8±4	9	12±4
Ретардационная	5	7±3	7	11±4	4	5±2
Невроз ожидания	9	13±4	1	2±2	17	23±5
Коитофобия	4	6±3	5	8±4	7	9±3
Вагинизм	—	—	12	19±5	—	—
Сексуальная аверсия	6	8±3	8	13±4	5	7±3
Алекситимическая	4	6±3	3	5±3	2	3±2
Дезинформационная	11	15±4	2	3±2	9	12±4
Социокультурная	4	6±3	3	5±3	5	7±3
Полоролевая	4	6±3	5	8±4	4	5±2
Сексуально-эротическая	11	15±4	7	11±4	9	12±4
Несоответствие половой конституции	2	3±2	5	8±4	4	5±2

Таким образом, системно-структурный анализ сексуального здоровья показал, что каждая форма первичной сексуальной дисфункции у женщин имеет свои причины, специфические патогенетические особенности и клинические проявления, которые должны учитываться при диагностике и коррекции имеющихся у них сексуальных расстройств и психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары.

Литература:

1. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.

2. *Васильченко Г. С.* Психическая составляющая копулятивного цикла и ее патология // Частная сексопатология. Т. 2. — М.: Медицина, 1983. — С. 3—5.

3. Сексуальные расстройства при неврозах и психопатиях/Под ред. проф. В.В. Кришталя.—Сочи, 1988.—118 с.

4. *Грачев Р. А.* Нарушение сексуального здоровья при неврозах у женщин. — Донецк, 1997. — 198 с.

5. *Кришталь В. В., Гульман Б. Л.* Сексология. Т. 1. Нормальная сексология. — Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. — 352 с.

CAUSES AND CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF PRIMARY SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AT NEUROSIS

R. A. Grachov

Donetsk region clinical hospital named by M. I. Kalinin

Donetsk

Primary forms of sexual distresses were revealed by method of system-structural analysis in women suffering from neurosis. Causes, pathogenetic mechanisms of their development, specific clinical manifestation and the role in genesis of sexual disharmony of spouses were shown. The connection was revealed between the form of primary sexual dysfunction and the form of neurosis caused by it.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Е. Г. Гриневич

Донецкий государственный медицинский университет
г. Донецк

В последние годы, в связи с выраженностью стрессогенных влияний, исследователи разных стран уделяют особое внимание психическому здоровью населения [1, 2, 3]. При этом большое значение придается изучению пограничных психических расстройств (ППР), из-за их значительного удельного веса по сравнению с другими нарушениями психики [4]. Изменение клинических проявлений ППР приводит к увеличению числа терапевтически резистентных, хронических форм, сопровождающихся соматическими и неврологическими нарушениями [5, 6], и делает актуальной проблему ранней диагностики и предупреждения указанной патологии [7]. С другой стороны, заболевания внутренних органов способствуют возникновению невротических расстройств [8—14].

Необходимо отметить, что соматическая патология возникает на базе определенных биологических и конституциональных особенностей индивида [15—17] с учетом различного рода внешних воздействий: психоэмоциональный фон, стрессовые факторы, уровень и условия жизни и др. [18]. Состояние тревоги обусловлено сомато-психическими воздействиями и коррелирует с выраженностью и тяжестью невротической [19] и соматической симптоматики. Вместе с тем, вопросы, касающиеся влияния социально-гигиенических, демографических факторов и особенностей течения калькулезного холецистита (КХ) на психоэмоциональное состояние больных КХ, до сих пор не изучены.

Из 261 пациента с КХ нами отобрано 205 человек с ППР, которые были обследованы комплексно с применением социально- гигиенических, клинических, клинико-психопатологических, экспериментально-психологических и статистических методов. С целью выявления особенностей формирования психических расстройств непсихотического уровня (ПРНУ) у пациентов с КХ изучали влияние пола, возраста, уровня образования, материально-бытовых условий, степени урбанизации места жительства, характера семейных отношений, стрессогенности работы, давности основного заболевания на показатели психоэмоционального состояния больных КХ.

При экспериментально-психологическом исследовании использовали следующие методики: MMPI, шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера Ч. Д.—Ханина Ю. Л., тест дифференциальной оценки функционального состояния (САН), метод неоконченных предложений.

После обработки полученных результатов изучены и сопоставлены отклонения показателей, проанализирована сила влияния социально-гигиенических, демографических факторов и особенностей течения соматического заболевания на частоту отклонения от нормы показателей психоэмоционального состояния пациентов с КХ. Силу влияния фактора оценивали посредством дисперсионного анализа однофакторных комплексов для качественных признаков.

В процессе исследования установлено, что показатели самочувствия были ниже нормы у 167 (81,46 ± 2,71 %) больных КХ, настроения — у 149 (72,68 ± 3,11 %), активности — у 155 (76,09 ± 2,98 %) человек.

Повышенный уровень личностной тревожности наблюдали у 117 (57,07 ± 3,46 %) обследуемых, реактивной — у 126 (61,46 ± 3,40 %) больных.

Значительная частота отклонения от нормы показателей психоэмоционального состояния пациентов с КХ находила свое отражение в средних баллах.

Роль психогенных факторов в развитии соматической патологии по методике "Неоконченные предложения" отмечали 81 чел. (39,4 ± 3,41 %), соматогенных — 38 чел. (18,7± 2,72 %), смешанных — 86 чел. (41,9± 3,45 %).

Отрицательное влияние соматической патологии на социальный статус отмечали 136 (66,35 ± 3,3 %) обследуемых. Наиболее часто пациенты с КХ, оценивая социальную значимость болезни, выделяли: ухудшение отношения к ним в трудовом коллективе — 108 чел. (52,68 ± 3,49 %), трудности в продвижении по службе — 98 человек (47,80 ± 3,49 %), ограниченность общения — 74 чел. (36,09 ± 3,35 %), снижение работоспособности — 67 чел. (32,68 ± 3,35 %). Сферами психотравмирующих ситуаций больных КХ оказались семейные (45 чел., 21,95 ± 2,89 %), бытовые (35 чел., 17,07 ± 2,63 %), производственные конфликты (52 чел., 25,36 ± 3,04 %), внезапная или длительная болезнь или смерть близких (31 чел., 15,12 ± 2,5 %). В среднем удельный вес всех психотравмирующих факторов был одинаков, что позволило сделать вывод об отсутствии специфических психогений у изучаемого контингента. В результате исследования установлено, что в этиологии ППР у больных КХ наибольшее значение имеют соматогенные факторы и их сочетание с психогениями.

Анализ иерархических комплексов показал, что влияние наибольшей силы на показатели психоэмоционального состояния оказывали пол (h^2 = до 0,11), стрессогенность работы (h^2 = до 0,094), возраст (h^2 = до 0,06) и уровень образования (h^2 = до 0,052), что отражено в таблице.

Из табличного материала видно, что на показатели самочувствия, реактивной и личностной тревожности наибольшее воздействие оказывал пол, активности — степень стрессогенности работы, настроения — возраст.

Таблица

Сила влияния различных факторов на частоту отклонения показателей психоэмоционального состояния больных калькулезным холециститом от нормы ($h^2 \cdot 100$)

Факторы	Самочувствие < 5,4	Активность < 5,0	Настроение < 5,1	ЛТ> 45	РТ> 45
Пол	8,5 *	2 *	0,07	8 *	11 *
Возраст	3,3	3,8	5	6	3,7
Уровень образования	2,6	3,2	4,2	0,4	5,2 *
Степень урбанизации	0,4	1,1	1	2,3	2
Стрессогенность работы	0,3	9,4 *	2	2,1	1,4
Состояние семейных отношений	0,9	0,7	0,3	0,8	0,05
Характер материально-бытовых условий	2,8 *	2	0,9	4,7 *	2,3
Давность заболевания	2,9	4,9	1,3	0,04	3,8

* — $p < 0,001$

Таким образом, в результате исследования установлено:

1. Отклонение от нормы показателей психоэмоционального состояния отмечено у 4/5 обследованных пациентов с калькулезным холециститом.

2. Ведущая роль в формировании психических расстройств непсихотического уровня у больных калькулезным холециститом принадлежит смешанным и соматогенным факторам. Наибольшее влияние на возникновение нарушений психической деятельности у данного контингента оказывают демографические факторы: пол, возраст, стрессогенность работы и уровень образования.

3. При экспериментально-психологическом исследовании выявлено, что, несмотря на преимущественно соматогенную природу КХ, подавляющая часть больных нуждается в изучении и коррекции психического состояния.

Литература:

1. *Семичов С. Б.* Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987.— 184 с.

2. *Гавенко В. Л.* О трудностях диагностики психиатрических расстройств на предболезненном уровне //На грани нормы и патологии: Матер. обл. науч.-практ. конф. — Стрелечье, 1994.— С. 21—22.

3. *Кутько И. И.* Актуальные проблемы научных исследований в области психиатрии на современном этапе //Діагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Матер. міжнарод. конф. — Київ: Акміс, 1995.— С. 31—32.

4. *Табачников С. И., Кутько И. И., Александровский Ю. А.* Клинико-эпидемиологическое изучение пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у работников промышленных предприятий//Актуальные проблемы пограничных нервно-психических расстройств: Сб. науч. тр. (Вып. 1). — Донецк, 1996.— С. 4—7.

5. *Вертоградова О. П., Поляков С. Э., Степанов И.Л., Довженко Т. В., Лессер А. Г.* Психосоматические нарушения в структуре пограничных нервно-психических расстройств // Журн. неврологии и психиатрии.— 1989.— LXXXVIII, Вып. 11.— С. 70—75.

6. *Марута Н. А., Теренковский Д. И., Явдак И. А., Семикина Е. Е., Колядко С. П.* Резистентность невротических расстройств // Матер. межд. конф. психиатров. 16—18 февраля, Москва. — М.: РЦ Фармединфо, 1998.— С. 365.

7. *Лакосина Н. Д., Костюнина З. Г., Кальке А. Р., Шашкова Н. Г.* О патоморфозе истерического невроза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — М.: Медицина, 1987.— С. 1684—1688.

8. *Напресенко О. К., Коляденко Н. В.* Застосування фітоеферентної терапії при психічних розладах у хворих з патологією системи травлення //Діагностика та лікування психічних захворювань в Україні: Матеріали міжнарод. конф. — Київ: Акміс, 1995. — С. 72.

9. *Цивилько М. А., Коркина М. В.* Психиатрические аспекты реабилитации больных хроническими соматическими заболеваниями //Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. всесоюз. конф. — М. — Витебск, 1989.— С. 127—130.

10. *Шатенштейн А. А.* Некоторые особенности пограничных психопатологических состояний при заболеваниях внутренних органов //Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. всесоюз. конф. — М. — Витебск, 1989.— С. 134—136.

11. *Матвеев В. Ф.* К вопросу о клинических особенностях некоторых пограничных психических расстройств у соматических больных // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тез. докл. на Пленуме правления об-ва. — М., 1990.— С. 156—158.

12. *Виш И. М., Романюк В. Я.* Генез и симптоматика психогенных расстройств при соматических заболеваниях //Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тез. докл. на Пленуме правления об-ва. — М., 1990.— С. 51—52.

13. *Ромасенко Л. В., Горбачева Т. В., Грушков А. В. и др.* Особенности соматопсихических взаимоотношений при хронических соматических заболеваниях // Актуал. проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тез. докл. на Пленуме правления об-ва. — М., 1990.— С. 223—225.

14. *Compton A. B., Purviance M.* Emotional distress in chronic medical illness: treatment with time-limited group

psychotherapy // Mill. Med.— 1992.— Vol. 157, № 10.— P. 533—535.

15. *Силуянова И. В.* Взаимосвязь философского и медицинского подхода в исследовании образа жизни // Сов. здравоохранение. — 1989. — № 10. — С. 3—9.

16. *Саленикович Г. А., Ряпшите Э.* Зависимость эффективности курортного лечения больных сахарным диабетом от некоторых особенностей их болезни и личностных качеств // Актуальные проблемы курортной профилактики, лечения и реабилитации: Тез. докл. респ. науч.-практ. конф., посв. 150-летию основания курорта Друскининкай. — Вильнюс, 1987. — С. 434—441.

17. *Александровский Ю. А.* Дифференцированный анализ начальных проявлений невротических расстройств // Актуальные проблемы пограничной психиатрии: Тез. докл. всесоюз. конф. — М. — Витебск, 1989.— С. 4—7.

18. *Herrmann J. M.* Gibt es eine neue Psychosomatic?// Munch. Med. Wschr.— 1988.—Vol. 130, № 16.— P. 303—304.

19. *Ташев Т., Влахова-Николова В.* Към проблема за тревожността в психологията и психиатрията // Неврол. Психиатр. Неврохир.— 1988.— Т. 27, № 1.— С. 8—13.

INFLUENCE OF THE VARIOUS FACTORS ON PARAMETERS PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF THE PATIENTS BY A CALCULOUS CHOLECYSTITIS

E. G. Grinevich

Donetsk State Medical University

Donetsk

The study of psychoemotional condition of 205 gallbladder patients with borderline mental disorders were conducted by means of experimental-psychological and statistical methods. Social-hygienic, demographic factors, which influence upon the indexes of psychoemotional condition beside the given quota, were chosen.

МЕДИЦИНСКИЙ ОТБОР ПРЕТЕНДЕНТОВ НА ОПЕРАТИВНУЮ ДОЛЖНОСТЬ АТОМНЫХ ЭЛЕКТРОСТАНЦИЙ

А. И. Долганов

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В настоящее время профессиональный отбор оперативного персонала АЭС по критерию состояния их психического здоровья осуществляется через медицинский и психологический отборы.

Эти формы отбора имеют ряд недостатков, которые не позволяют качественно отбирать персонал АЭС. Так существующая система медицинского отбора операторов АЭС констатирует состояние психического здоровья, но не диагностирует качество этого здоровья. Система психологического отбора констатирует профессиональную пригодность, но также не оценивает качество состояния психического здоровья претендента. Между этими формами отбора нет преемственности.

Учитывая эти недостатки, во-первых, медицинский отбор должен быть дополнен результатами психологического и психофизиологического обследования как дополнительными методами, позволяющими качественно диагностировать предболезненные психические расстройства, скрытые, латентные нозологические формы заболеваний психики, структурно-личностные особенности претендента. Во-вторых, вся донозологическая диагностика состояния психики претендента на оперативную должность должна выражаться в едином показателе — показателе резерва психического здоровья. С учетом этого показателя и должно выноситься заключение о годности претендента на должность оператора.

Для реализации этих рекомендаций разработана концептуально новая система медицинского отбора операторов АЭС, состоящая из медицинской комиссии по освидетельствованию персонала атомных электростанций, лаборатории психофизиологического обследования персонала АЭС, врача-эксперта и экспертной комиссии по отбору персонала атомной электростанции.

Основная цель работы врача-эксперта — обеспечение безопасной эксплуатации АЭС по фактору контроля за психическим и физическим состоянием здоровья и его резервом, психологическими и психофизиологическими свойствами претендента на оперативную должность. Для осуществления этой цели перед врачом-экспертом ставится задача принятия окончательного решения о допуске к оперативной деятельности по результатам медицинского, психологического и психофизиологического обследования.

Введение в систему медицинского отбора операторов АЭС врача-эксперта как специалиста-лечебника, имеющего знания в психиатрии, промышленной психофизиологии, общей и инженерной психологии позволяет качественно проводить отбор на должность оператора, по критерию состояния психического здоровья и профессионально важных психологических качеств.

Для повышения качества медицинского отбора персонала АЭС необходимо создание на базе отде-

лений профессионального отбора медицинских учреждений, обслуживающих АЭС, медицинской комиссии, которая должна состоять из врачей узких специальностей.

Основной целью медицинской комиссии является обеспечение безопасной эксплуатации АЭС по фактору контроля за физическим состоянием здоровья претендентов на должность оператора. Согласно цели, перед медицинской комиссией ставится задача проведения медицинского обследования и вынесения заключения, характеризующего состояние физического здоровья претендента.

Лаборатория психофизиологического обследования персонала АЭС предназначена для психологического и психофизиологического обследования претендентов в оперативный персонал АЭС с целью профессиональной ориентации и отбора. Лаборатории психофизиологического обследования находятся в структуре АЭС.

Экспертная комиссия — группа специалистов по отбору на оперативную должность АЭС из числа сотрудников научно-исследовательского института, осуществляющая контроль, методическое обеспечение врачей-экспертов АЭС, а также проводящая экспертные заключения в случаях несогласия претендента на оперативную должность с заключением врача-эксперта.

Концепция разработанной системы медицинского отбора операторов АЭС заключается в комплексном подходе, где, с одной стороны, предлагается ряд требований к здоровью и его резерву претендента на должность оператора, с другой стороны, накладывается ряд ограничений, при наличии которых человек не может быть принят на роботу в качестве оператора АЭС. Вся донозологическая диагностика состояния психического здоровья выражается в показателе резерва психического здоровья.

Данная концепция медицинского отбора операторов предполагает трехэтапный механизм ее реализации.

Первый этап — медицинское обследование. На этом этапе проводится отбор психически и физически здоровых претендентов на оперативную должность.

Второй этап — психологическое и психофизиологическое обследование, характеризующее функциональное состояние ЦНС претендента на оперативную должность, выраженность психологических и психофизиологических свойств, как адаптационных возможностей на оперативной деятельности.

Третий этап — вынесение врачом-экспертом АЭС заключения о годности претендента к оперативной деятельности по состоянию физического и психического здоровья, его резерва.

Под разработанную систему медицинского отбора операторов АЭС разработаны проекты нормативно-регламентирующих документов: "Украинский Государственный стандарт по отбору на оперативную должность, освидетельствованию и контролю за состоянием здоровья оперативного персонала атомных станций" (согласован в Министерстве Здравоохранения Украины от 23.03.93 г.), проекты положений о враче-эксперте по отбору персонала атомных электростанций, медицинской комиссии по освидетельствованию персонала АЭС.

Украинский Государственный стандарт предназначен для врачей, психологов и сотрудников атомных станций, осуществляющих контроль за соблюдением данного Государственного стандарта и содержит круг требований, предъявляемых к физическому и психическому состоянию здоровья и его резерву оперативного персонала АЭС при приеме на работу и при очередных медицинских и психологических обследованиях.

Предлагаемый проект Государственного стандарта направлен на установление единого порядка и способов организации работы по проведению медицинского отбора на оперативную должность претендентов и операторов при периодических медико-психологических обследованиях, на установление единообразия в определении специалистами-медиками, психологами соответствия состояния здоровья оператора занимаемой должности.

Основная цель Государственного стандарта — обеспечение безопасной эксплуатации АЭС по фактору психического и физического здоровья и его резерва.

Согласно цели, перед стандартом ставятся задачи подбора на должность оператора персонала, способного обеспечить безопасную эксплуатацию АЭС, и систематического контроля за психическим и физическим состоянием здоровья и его резервом работающих операторов.

В разработанном проекте Государственного стандарта подробно изложены минимум требований, предъявляемый к психическому (психологическому, психофизиологическому) и физическому состоянию здоровья оператора, обуславливающий допуск к работе и причины лишения лицензии. Основа этих требований заключается в том, что состояние здоровья операторов и его резерв должны гарантировать четкое выполнение ими всех необходимых действий в нормальном режиме эксплуатации, режиме нарушенной эксплуатации и в аварийных ситуациях.

Стандарт предусматривает возможные отступления от его требований, которые должны быть?? могут допускаться в исключительных случаях и касаться только лишенных лицензии операторов после очередного медико-психологического обследования. Отступления от стандарта, касающиеся физического и психического здоровья, возможны только в соответствии с перечнем этих отступлений, закрепленным в стандарте.

Предлагаемый пакет разработанных документов составляет организационно-правовую основу медико-психологического отбора операторов АЭС.

С целью апробации разработанной системы медицинского отбора операторов АЭС на Запорожской АЭС с 1994 г. введен в штат социально-психологического отдела врач-эксперт по отбору персонала АЭС. Введение в штат АЭС врача-эксперта позволило объединить две ранее самостоятельные формы отбора операторов в единый медико-психологический. За время апробации врач-эксперт

принял окончательное решение на предмет пригодности к оперативной деятельности по 2 тысячам операторов АЭС.

С 1994 г. проводится апробация взаимодействия между врачом-экспертом и экспертной комиссией, которая организована в УНИИКЭНП г. Харькова на базе отделения аффективной патологии. За это время в УНИИКЭНП с целью экспертизы пригодности к оперативной деятельности в занимаемой должности прошло 255 операторов.

По результатам апробации внедрение системы медицинского отбора претендентов на оперативную должность способствовало повышению качества медицинского отбора этого персонала, рациональному подбору персонала и повышению качества его подготовки.

SYSTEM OF MEICAL PRETENDER SELECTION ON THE OPERATIVE JOB TITLE OF ATOMIC STATIONS

A. I. Dolganov

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

In the article is described main defect existing medical and psychological selections of operative personnel of atomic power stations. According to the analysis of these defects is designed conceptual-new system of medical this personnel selection on the criterion of condition their psychic health. In article is described concept this selection, is present project of package specifying documents, adjusting physician activity, psychologists.

РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ САДИСТИЧЕСКОГО ТИПА КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

А. И. Коцюба

Университет Киево-Могилянская Академия
г. Киев

Впервые понятие "садизм" ввёл в современную психиатрию Krafft-Ebing (1898). В своей фундаментальной работе "Psychopatia sexyalis" автор описал пациентов, которые получали или стремились к получению специфического удовольствие от нанесения боли сексуальному партнёру и унижения его. В этой же работе было описано понятие "мазохизм", под которым подразумевался феномен получения удовольствия от нанесения боли и унижения сексуальным партнёром. Автор рассматривал расстройства такого рода как самостоятельные сексуальные перверзии.

Freud (1915; 1957) в своих работах, посвящённых исследованию человеческой агрессивности, использовал этот термин в несколько другом смысле. Он рассматривал "садизм" как элемент человеческой агрессивности — желание подчинять себе других, причины которого находятся в биологических детерминантах человеческой сексуальности. Freud описал два аспекта садизма — один характеризуется активным жестоким отношением к сексуальному объекту, другой — получением сексуального удовольствия, вызываемого унижением и отвержением сексуального объекта (сексуальный садизм).

Длительное время теоретическая концепция "садизма" разрабатывалась преимущественно в психоаналитической литературе. Некоторые авторы пытались дальше развивать идеи Freud, но в основном их гипотезы существенно не отличались от первоисточника — взаимосвязи садизма и мазохизма и инстинктивной природы обоих (Brenner, 1959; Eissler, 1958; Gero, 1962; Reik, 1941).

С появлением и развитием теории объектных отношений в психоаналитической литературе теоретическая, концепция садизма, как самостоятельного феномена, претерпела ряд существенных изменений. В попытках объяснения этого феномена особая роль отводилась влиянию интерперсональных и средовых факторов, тем самым отрицалось значение биологических инстинктов для возникновения этого рода расстройств. С этой позиции садомазохизм концептуально рассматривается как тип специфических объектных отношений, формирующийся как защитный механизм, направленный против потери объекта (Avery, 1977; Bieber, 1966; Fromm, 1973; Nydes, 1963; Parker, 1973). С развитием психологии самости дальнейшая эволюция концепции садизма базируется на динамике нарцистических личностных расстройств (Kohut, 1971; 1972).

В процессе работы над DSM-III-R ряд экспертов обратили особое внимание на специфическую группу пациентов, встречающихся, как правило, преимущественно в судебно-психиатрической практике, которые выделяются особенно жестоким поведением по отношению к окружающим, часто сопровождающимся стремлением унизить их. Эти пациенты постепенно вырабатывают патологические адаптивные механизмы, наблюдаемые длительное время. Ряд практиков отмечали, что расстройства такого типа существенно отличаются от других личностных расстройств, включая антисоциальные. Возник во-

прос о необходимости введения новой нозологической единицы для описания этого типа расстройств.

В результате длительного обсуждения наблюдательный совет по расстройствам личности выработал 8 диагностических критериев, они были признаны достаточно валидными, после чего были рекомендованы для включения в DSM-III-R "садистическое расстройство личности" в качестве самостоятельной нозологической единицы, как категории требующей дополнительного исследования. Тем не менее, эта проблема остается малоизученной, а количество посвященных ей публикаций относительно невелико.

Диагностические критерии расстройства личности садистического типа (DSM-III-R)

А. *Общая картина жестокости, унижающего и агрессивного поведения, что начинается в раннем юношеском возрасте и проявляется периодическим повторением по крайней мере четырёх приведённых ниже признаков:*

1. использование физической жестокости или насилия с целью установления господства во взаимоотношениях (но не с целью достижения какой-либо немежличностной цели, например, нанесение побоев с целью ограбления);
2. унижение человека в присутствии других;
3. жестокое обхождение с теми, кто находится под его контролем (например, ребёнок, студент, заключенный или пациент);
4. получение удовольствия от наблюдения психических или физических страданий (в том числе и животных);
5. врёт и обманывает с целью нанесения вреда или нанесения боли другим (но не для достижения какой-либо конкретной цели);
6. заставляет других делать то, что он/она хочет, (запугивает их, вплоть до применения террора);
7. ограничивает независимость близких людей (например, не разрешает жене выходить самой из дома или запрещает дочери-подростку ходить вечерами на дискотеку);
8. увлечение насилием, оружием, искусствами единоборств, техникой нанесения ранений или пытками.

Б. *Поведение, охарактеризованное в пункте А, не направлено только на одну личность (жену или ребёнка) и не имеет целью достижения исключительно сексуального возбуждения (как при сексуальном садизме).*

Ставшая уже классической, опубликованная в 1970 году работа R. Brittain "The sadistic murder", представляет собой уникальную попытку клинического описания эмпирически накопленного опыта изучения личности преступников, совершивших особо тяжкие убийства. Однако автор не исследует причин возникновения такого поведения и не предпринимает каких-либо попыток нозологической оценки.

В результате проведения транскультуральных исследований расстройств личности, проводимых под эгидой ВООЗ в тринадцати различных центрах с использованием IPDE, только у двух из 716 обследованных было диагностировано садистическое расстройство личности.

Ряд эмпирических исследований садистических расстройств личности было проведено в США. Gay (1989) сообщил о результатах исследования выборки из 235 взрослых пациентов, которые проходили психиатрическое обследование в судебном порядке в процессе решения иска о лишении их родительских прав в связи с жестоким отношениям к детям. Только 12 из них соответствовали критериям садистического расстройства личности. Freiman & Widiger (1989) используя Personality Interview Questionaire-II установили у 18 % на выборке 50 госпитализированных пациентов мужского пола диагноз садистических расстройств личности.

Millon & Tringone (1989), обследуя большую выборку амбулаторных пациентов, в 3 % случаев диагностировали садистическое расстройство личности. Spitzer, Fiester, Gay & Pfohl (1991) указывают, что в среднем у 2,5 % пациентов, обследуемых в судебно-психиатрической практике, устанавливается диагноз садистического расстройства личности. Одно из последних исследований с использованием IPDE указывает на большой процент — 33 % в группе из 21 сексуального делинквента, преимущественно педофилов, обследованных в одном из пенитенциарных учреждений Вены (Berger, 1991, персональное сообщение).

Reich, обследовав амбулаторно 144 непсихотических пациента, которые были ветеранами войны, установил наличие диагноза садистическое РЛ в 8,1 % случаев. Fuller на материалах выборки из 176 непсихотических пациентов диагностировал садистическое расстройство личности в 8 % случаев.

Следует учитывать многие факторы при оценке этого расстройства. Специалисты судебной психиатрии указывают на ряд сложностей в оценке жестокого поведения, в частности склонность к откровенной лжи, так как пациенты всячески скрывают компрометирующую их информацию или диссимулируют свои патологические наклонности. Пациенты с этим типом патологии практически не обращаются добровольно за помощью к специалистам.

Spitzer провёл опрос среди американских психиатров на предмет целесообразности введения диагноза "садистическое расстройство личности". Лишь 19 % респондентов считают этот диагноз ненужным, 75 % утверждают, что он важен для описания индивидуальных поведенческих особенностей, 64 % предлагают использовать его в качестве предиктора возможных стереотипов поведения, 61 % — для предоставления информации в суде, 55 % — для планирования терапевтической стратегии и оценки прогноза эффективности лечения, 51 % — для решения вопроса о лишении родительских прав и вопроса вменяемости, 11 % считают, что диагноз может быть использован в суде для оправдания преступника. Однако большинство уверено, что этот диагноз важен как в клиническом, так и судебном аспекте.

В рамках проведения научно-исследовательской работы, направленной на изучение наличия и выраженности расстройств личности у делинквентов, было обследовано 60 лиц, которые совершили преступления различной степени тяжести. 20 человек

обследовано в отделении судебно-психиатрической экспертизы Львовской областной психиатрической больницы. Это лица, которые совершили преступление впервые и ранее не отбывали наказание в местах лишения свободы. 40 пробандов обследовано во Львовской межобластной тюремной больнице, где они, отбывая наказание в пенитенциарном учреждении, временно находились на стационарном лечении по поводу соматического заболевания. К моменту обследования каждый испытуемый провёл в заключении не менее 3 лет. Исходя из целей и задач проводимого исследования, в качестве критериев отбора было принято: отсутствие признаков тяжелой органической и психотической симптоматики, уровень интеллекта не ниже среднего, добровольное согласие на участие в тестировании. Тип совершенного деликта при отборе не учитывался. Все обследованные — мужчины в возрасте от 18 до 54 лет.

В качестве основного метода исследования было использовано стандартизированное клинико-диагностическое интервью для оценки расстройств личности — International Personality Disorders Examination (IPDE), разработанное группой клинических психологов Корнельского медицинского центра Нью-Йоркского Университета под руководством A. Loranger, на основании диагностических критериев расстройств личности обеих ведущих нозологических систематик психических заболеваний — американской DSM-III-R и европейской МКБ-10. Эта методика является одной из первых и наиболее успешных попыток разработки стандартизированного диагностического опросника, который дает возможность проводить исследования расстройств личности независимо от культуральных, языковых и этнических особенностей. Клиническая апробация IPDE проводилась в рамках пилотного проекта Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) изучения расстройств личности, в котором было задействовано 14 научно-исследовательских центров из 11 стран Европы, Северной Америки, Азии и Африки.

Перевод на украинский язык и адаптация опросника была проведена (Коцюба А. И., 1994) в сотрудничестве с коллегами из Психиатрической клиники Венского Университета и Венского судебно-психиатрического центра Justizanstalt Mittersteiig (Prof. W. Berner).

В качестве дополнительного метода исследования использовалась адаптированная версия (Коцюба А. И.) психодинамически ориентированного структурного интервью по O. F. Kernberg, которое разрабатывалось автором с целью создания диагностической техники для оценки интрапсихических структурных особенностей личности. Одним из существенных преимуществ этого клинического метода исследований является возможность выяснения особенностей функционирования защитных механизмов.

В данной выборке из 60 делинквентов только в 8 (13,3 %) случаях не было диагностировано ни одного расстройства личности (РЛ). В каждом из остальных 52 случаев по данным тестирования с использованием IPDE количество диагнозов РЛ разных типов колебалось от 1 до 5 одновременно.

РЛ садистического типа установлено у 18 (30 %) пробандов. Не было обнаружено ни одного случая, когда садистическое РЛ было бы единственным самостоятельным диагнозом и не пересекалось бы с другими типами личностных расстройств. В 14 (77,8 %) из 18 наблюдений одновременно было установлено наличие РЛ антисоциального типа; в 10 (55,6 %) — РЛ нарцистического типа, в 9 (50,0 %) — РЛ параноидного типа; в 4 (22,2 %) — РЛ пассивно-агрессивного типа; в 3 (16,7 %) — РЛ гистрионного типа; в 2 (11,1 %) — РЛ шизоидного типа; и по одному случаю (5,6 %) — РЛ обсессивно-компульсивного, пограничного, шизотипального и самоповреждающего типов. Наиболее часто встречаемой оказалась констелляция, состоящая из параноидного, нарцистического и антисоциального РЛ — 6 наблюдений (33,4 %).

Полученные результаты сопоставимы с исследованиями, проведёнными некоторыми авторами с целью изучения степени коморбидности садистических РЛ с другими типами личностных расстройств. Freiman & Widiger установили высокую степень пересекания с нарцистичекими 56 %, параноидными 44 % и антисоциальными 44 %, а также с шизотипальными, пограничными, истерическими и пассивно-агрессивными расстройствами (33 % в каждом случае). Millon & Tringone (1989), используя три метода для диагностики личностных расстройств (клинический, диагностический опросник и MCMI), установили высокую степень перекрывания садистических РЛ с антисоциальными (17—30 %), пассивно-агрессивными (15—60 %) и нарцистическими (8—42 %) и низкий уровень перекрывания с пограничными и параноидными расстройствами личности. Представляет также интерес тот факт, что был установлен определённый уровень коморбидности с самоповреждающими (мазохистическими) РЛ (2—15 %).

Spitzer et al. (1991) установили, что в 37—47 % случаев садистические РЛ перекрываются с нарцистическими РЛ и в 67—75 % случаев — с антисоциальными РЛ. Gay установила относительно невысокую степень коморбидности с нарцистическими — 8 % и антисоциальными — 8 %. Согласно Berger (1991) наличие садистических РЛ с избегающими встречается в 43 % случаев, пограничными — 29 %, антисоциальными — 24 % и параноидными — 24 %. Он не нашел перекрывания с самоповреждающими РЛ. Spitzer et al. (1991) указали, что 76 % опрошенных психиатров считают целесообразным объединение антисоциальных и садистических РЛ в одну нозологическую категорию.

Несмотря на то, что в задачи проводимого исследования не входило установление корреляции между характером совершенного деликта и наличием РЛ определённого типа, следует отметить, что по ряду косвенных признаков преступления, совершенные пробандами, у которых установлено наличие диагноза садистическое РЛ, были более тяжкими, например: убийство — 13 (72,2 %) случаев из 18 против 15 (35,7 %) из 42.

Использование техники адаптированного психоаналитически ориентированного интервью позволило

установить, что в 15 (83,4 %) случаях испытуемые пытались приуменьшить, скрыть, различными способами отрицать наличие своих "садистских" наклонностей. В 13 (72,21 %) случаях наблюдалось четко выраженное стремление к лидерству, кроме того, 11 (61,1 %) идентифицировали себя как "криминальные авторитеты". В 10 (55,5 %) случаях наблюдалась четко выраженная ориентация на телесной сфере, в то время как у 12 (66,7 %) опрошенных удалось установить факт активного занятия спортом в прошлом, преимущественно атлетическими видами.

У всех, без исключения, опрошенных было установлено нарушение функционирования системы нарцистического гомеостаза, однако степень выраженности носила строго индивидуальный характер. В 14 случаях, реконструируя прошлую ситуацию, в которой принималось решение о совершении уголовно-наказуемого действия, удалось установить данные, указывающие на наличие нарцистической травмы и ее "запускающую" роль для проявления жестоких действий. Несмотря на относительно небольшой объем выборки, анализ полученных результатов позволяет сформулировать гипотезу, предполагающую, что проявление жестокости в особо изощренных формах является своеобразной специфической патологической формой компенсации нарцистической ранимости. Однако перепроверить или объективизировать такую гипотезу в рамках данного исследования методологически не представляется возможным по ряду причин организационного характера. Тем не менее, проведение дополнительных исследований, направленных на изучение этой проблемы, может дать интересные результаты как в теоретическом, так и практическом плане.

Несмотря на то, что некоторые авторы выделяют садистическое расстройство личности в качестве самостоятельной нозологической единицы, полученные данные, указывающие на относительно высокую степень коморбидности с другими личностными расстройствами, не позволяют рассматривать "садистическое расстройство личности" в качестве самостоятельного психического расстройства. Более оптимально следует оценивать этот феномен как своеобразный "микст" из специфических характерологических черт, достигающих уровня патологического признака.

Общая тенденция к диссимуляции садистических проявлений усложняет клиническое изучение этого феномена, который представляет не только научно-практический интерес, но и заслуживает особого внимания в контексте поиска оптимальных подходов для предупреждения особо тяжелых криминальных действий.

Наличие четко выраженных нарцистических и параноидных личностных черт на фоне антисоциального поведения с акцентуацией на телесной сфере могут служить своеобразным предиктором садистического расстройства личности.

Литература:

1. *Gay, M. & Fiester, S* (1991). Sadistic personality disorder. // In Psychiatry (R. Michaels, ed.) Philadelphia: J. B. Lippicott.
2. *Spitzer, R. L., Fiester, S., Gay, M., & Pfohl,* (1991). Is sadistic personality disorder as valid diagnosis?: The results of survey of forensic psychiatrists. // American Journal of Psychiatry 148, 875—879.
3. *Fiester, S. & Gay, M.* (1991). Sadistic Personality Disorder: A review of data and recommendations for DSM-IV//Journal of Personality Disorders 5, 376—385.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Thiird Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
5. *Berner, W., Berger, P., Guutierrez, K., Jordan, B., Berger, K.* (1992). The role of personality disorders in the treatment of sex offenders. // Journal of Offender Rehabilitation, 18 (3/4), 26—37.
6. *Loranger, A. W., Sartorius,N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim P., Channabasavanna, S. M., Coid, D., Dahl, A., Diekstra, F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, Ch., Ono, Y., Regier, D. A.* (1994). The International Pilot Study of Personality Disorders. // Arch. Gen. Psychiatric, 51, 215—224.
7. *Brittain, R. P.,* (1970). The sadistic murderer. // Medicine, Science and the Law, 10, 198—207/
8. *Freud, S.* (1915). Instincts and their vicissitudes // (Standard Ed., Vol. 7 p. 193). London: Hogarth Press.
9. *Freud, S* (1957). The economic problem of masochism // (Standard Ed., Vol. 14). London: Hogarth Press.
10. *Kohut, H.* (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. // Psychoanalytic Study of the Child, 27, 360—400.
11. *Krafft-Ebing, R.* (1898). Psychopatia sexualis (10th ed.) // Stuttgart: Enke, 215 p.

PERSONAL DISORDER OF SADISTICAL TYPE AS A CLINICAL PHENOMENON

University Kyiv-Mogiljansk Academy
Kyiv

During the process of designing of a diagnostical criteria DSM one of the motions was an introduction of a new independent nosological unit — Sadistic Personality Disorders.

Amongst 60 investigated delinquents who committed crimes of different stages in 18 cases there were determined Sad PD. The standardized clinical diagnostical interview was used during the study to explore the disorders of personality IPDE. Data on comorbidity Sad PD with the other types of disorders were obtained within the study.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ МИГРЕНЬЮ

Т. Н. Майкова, В. И. Пашкова, С. М. Мороз, В. Н. Миртовская

Областная больница им. Мечникова
г. Днепропетровск

Мигрень — одна из наиболее актуальных проблем клинической нейровегетологии. Социальное значение этого заболевания связано, прежде всего, с его распространенностью, а также значимым ухудшением качества жизни ввиду частичного или полного снижения трудоспособности в период приступов.

По разным источникам от 3 % (Прусински А., 1979) до 10 % (Вейн А. М., 1991; Morrison D. P., 1993) всего населения планеты страдают мигренью. По данным Европейской федерации по борьбе с головной болью ежегодные убытки стран континента, связанные с нетрудоспособностью населения по причине головной боли составляют 2 миллиарда экю.

Отсутствует четкость в представлении патогенетических механизмов данного заболевания, остается невыясненным пусковой механизм приступа и, как следствие, отсутствуют адекватные схемы превентивной и пароксизмальной терапии данного вида головной боли (Прусински А., 1979; Вейн А. М., Russell G., 1993).

Целью нашей работы явилось изучение функционального состояния церебральной гемодинамики по данным ультразвуковой транскраниальной допплерографии (ТКДГ) у лиц, страдающих разными формами мигрени в период приступа и в межприступный период. С учетом известного факта малой прогностической ценности абсолютных количественных показателей мозгового кровотока (Aaslid R., 1986; Fisher C. M., 1980; Skyhoj O., 1989) в процессе исследования основное внимание уделялось проведению функциональных проб физико-химической природы — определению сосудистой реактивности. Реактивность может рассматриваться как интегральный показатель компенсаторных возможностей системы и, в плане проводимого исследования, отражать степень участия регуляторных и органических факторов формирования различных параметров кровотока (Skyhoj et al., 1989; Spenser M. R., 1987).

Наиболее адекватным, для амбулаторных условий, тестом химической природы мы считаем спонтанную гипервентиляцию и задержку дыхания, физической природы — гомолатеральную компрессию общей сонной артерии. Для количественной оценки реактивных параметров кровотока использовались:

— коэффициент реактивности на гипокапническую нагрузку:

$$K_P = 1 - V^- / V_O,$$

где

V_O — средняя фоновая линейная скорость кровотока (ЛСК);

V^- — средняя ЛСК на фоне гипокапнии;

— коэффициент реактивности на компрессию (собственное наблюдение):

$$K_{PK} = V_k / V_O - 1;$$

где V_k — средняя ЛСК за 5 сек после окончания компрессии;

— индекс вазомоторной реактивности:

$$ИВМР = V^+ - V^- / V_O \cdot 100\ \%;$$

где V^+ — средняя ЛСК на фоне гиперкапнии (достигается путем задержки дыхания на максимально возможный временной промежуток).

Средние, статистически достоверные, нормативы (Гайдар Б. В. и др., 1992) для вышеперечисленных показателей составили:

K_P — 0,44 — повышенная реактивность сосудистой стенки;
0,40 — пониженная реактивность сосудистой стенки;
0,42 – 0,02 — нормальная реактивность сосудистой стенки;

K_{PK} — 0,125 — повышенная реактивность сосудистой стенки;
0,075 — пониженная реактивность сосудистой стенки;
0,1 + 0,025 — нормальная реактивность;

ИВМР — 91,2 — повышенная сосудистая реактивность;
68,5 — пониженная реактивность;
79,8 + 11,3 — нормальная реактивность.

Нами было обследовано 89 лиц, страдающих различными формами мигрени (52 женщин и 37 мужчин в возрасте от 17 до 58 лет). Исследование проводилось как в период приступа, так и в межприступный период. Контрольную группу составили 35 человек соответствующего возрастного интервала, без анамнестических данных, свидетельствующих о наличии приступов головных болей в прошлом. Основное внимание уделялось анализу показателей индекса периферического сопротивления, показателей кинематики, а также изучению состояния допплеровского спектра. С этой целью изучались:

— пульсационный индекс Goslinga:

$$ПИ = V_s - V_d / V_m;$$

где V_s — систолическая скорость кровотока;

V_d — диастолическая скорость кровотока;

V_m — средняя скорость кровотока за сердечный цикл.

Нормативные показатели *ПИ* составили для M_1 — 0,819 + 0,029; для A_1 — 0,814+0,009; P_1 — 0,821+0,024.

— индекс подъема пульсовой волны (*ИППВ*):

$$ИППВ = T_C - T_O / T_Ц \cdot 100\ \%;$$

где T_O — время начала систолы;

T_C — время, занимаемое сердечным циклом.

Нормативные показатели составили для M_1 — 15,4+3,6 %; A_1 — 15,4+4,0 %; P_1 — 16,7+3,4 %.

По данным, полученным в результате системного мониторинга допплерограмм пациентов, страдающих мигренью, выявлено:

— показатели кинематики, спектра и периферического сопротивления у пациентов, страдающих мигренью, которым производилось исследование в межприступном периоде и "стаж" заболевания которых не превышал 7—8 лет, статистически достоверно не отличались от показателей церебральной гемодинамики лиц, составивших контрольную группу. У лиц, имеющих давность заболевания более 8 лет, с однотипным характером приступов, устойчивой латерализацией боли, отмечалось увеличение индекса периферического сопротивления в бассейнах передне- и (или) средне- и (или) заднемозговой артерии на стороне боли в 85,4 % наблюдений, в среднем на 11,5 % по сравнению с контрольными показателями соответствующих возрастных групп. Примечательно увеличение индекса периферического сопротивления (на 22,3 %) у лиц, страдающих офтальмической формой мигрени, только в бассейне гомолатеральной заднемозговой артерии. Во всех возрастных группах определялось значительное повышение индексов вазомоторной реактивности (на 85 % превышающих показатели возрастных нормативов), причем в 98,2 % наблюдений наиболее высокие показатели сосудистой реактивности отмечены на стороне боли;

— при регистрации допплерограмм во время пароксизма мигрени регистрировались выраженные изменения индексов кинематики (отмечались выраженные явления гипокинезии в сосудах мозга на болевой стадии); расширение спектра потока в церебральных сосудах отмечено на всех стадиях мигренозного приступа; не установлено четкой корреляции между стороной гемикрании и превалированием сосудистых расстройств. В то же время, при проведении анализа показателей сосудистой реактивности во время пароксизма отмечено значительное повышение сосудистой реактивности у всех пациентов (показатели значительно превосходили индексы, полученные в контрольной группе и индексы этих же пациентов, полученные в межприступном периоде), однако сохранялась достоверная корреляция между стороной гемикрании и стороной повышения вазомоторной реактивности. В третьей фазе приступа фиксировалась извращенная вазомоторная реактивность на стороне гемикрании в 78,3 % наблюдений, вне зависимости от "стажа" заболевания.

Таким образом, функциональные изменения гемодинамики являются облигатными у пациентов с мигренью и свидетельствуют о нарушении центральной медиации у этих больных как в период приступов, так и между ними. Функциональные изменения гемодинамики выражаются в формировании мышечных контрактур сосудов мозга и хорошо дифференцируются от органических поражений путем проведения тестов на сосудистую реактивность. У больных с частотой приступов в 2—4 раза в месяц повышение показателей кинематики в церебральных сосудах является нестойким при "стаже" заболевания до 7 лет. В последующем формируется стойкая мышечная контрактура с повышением индексов кинематики и периферического сопротивления в бассейнах интракраниальных сосудов (СМА — 67,6 %; ЗМА — 11,9 %; ПМА — 20,5 %); в 72,1 % наблюдений латерализация изменений церебральной гемодинамики совпадала со стороной гемикрании.

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF A FUNCTIONAL CONDITION OF A CEREBRAL HEMODYNAMICS AT THE PATIENTS BY A MIGRAINE

T. N. Maikova, B. I. Pashkova, S. M. Moroz, V. N. Mirtovskaya

Regional hospital
Dnipropetrovsk

Research into the functional state of the cerebral haemodynamic has been carried out with migraine headache (IHS) patients by transcranial Doppler sonography method. Possibility of function tests application to differential diagnosis of organic and functional disorders of vessels has been shown. Correlation has been established between functional and organic haemodynamic disorder degree and the duration of the disease.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМОВ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ

А. В. Малыхин

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Традиционно механизмы регуляции вегетативных функций изучаются с позиций представления о человеческом организме как совокупности органов, объединенных нервной и гуморальной регуляцией, которые участвуют в формировании значений величины сердечного выброса, ударного объема (УО), параметров водно-солевого обмена, общего сосудистого сопротивления и, тем самым, влияют на количественное перераспределение объема циркулирующей крови (ОЦК) по органам. При этом, несмотря на большое количество применяемых инструментальных, биохимических и иммунологических методов обследования (Ганнушкина И. В. с соавт., 1977—1997; Кушаковский М. С., 1982; Квитницкий-Рыжов Ю. М., 1986; Волошин П. В., 1984—1996), многие из аспектов механизмов регуляции остаются недостаточно ясными.

С другой позиции, получившей начало от американских бихевиористов и развитой И. П. Павловым (1932), регуляторные функции рассматриваются только как реакции целого организма. Такой подход так же оставляет в стороне внутреннюю организацию организма и снова рассматривает функции органов посредством изучения реакций на травму, местного и общего характера без информационного анализа механизмов регуляции системы среда — организм, важнейшим звеном которого является саморегуляция (Анохин П. К., 1980; Судаков К. В., 1995; Мызников Л. И., 1996).

Современный подход к вегетативным дисфункциям, как к психо-вегетативным (А. М. Вейн и соавт., 1981; 1991; 1994; Коновалов А. Н. с соавт., 1982; Арутюнов А. И., 1972; Ромоданов А. П., 1992; Полищук Н. Е., 1992; Мерцалов В. С., 1986—1996), построенном на структурно-функциональном принципе, позволил обобщить вышеуказанные механизмы регуляций термином "синдром вегетативной дистонии" (СВД), который включает в себя широкое понятие имеющихся расстройств в других системах и органах, но с вовлечением механизмов управления надсегментарных структур лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК), которые вызываются различными эффектами. Кушаковский М. С. и Розенштраух Л. В. (1986) проблему СВД рассматривают с позиций изменений нейровегетативной регуляции, обусловленной исходящими из брюшной полости вагусных рефлексов и сопровождающихся частотой пульса до 55—60 ударов. Предпосылками этих состояний являются изменения морфометрических размеров и функций правого и левого предсердий, миокарда, сопровождающихся дефицитом калия (Николин К.М., 1996), изменения морфометрических размеров головного мозга (Волошин П. В., Волошина Н. П., Мерцалов В. С., 1990—1997).

С точки зрения биохимических исследований выраженность СВД рассматривается с позиций воздействия молекулярного кислорода, определяющего механизмы нарушений вегетативной регуляции, вследствие изменения содержания кислорода в крови (Van-Slake D. D., 1924; R. Gershman, D. Gilber, 1954; Parker W. Detal, 1990; Murphy S. Simens, 1993).

Высказываются предположения, что в основе вышеуказанного механизма токсического действия молекулярного кислорода находятся нарушения мембранной проницаемости клеток (Пылова И. С., 1988), взаимосвязанные с изменением транспорта натрия (Петров И. Ю., 1991; Макарова Е. М., 1995). Предполагается, что состав крови является базисом молекулярно-физиологических процессов, которые разворачиваются посредством взаимосвязи крови с нервной системой (Мешалкин Е. Н. и др., 1984; Окунева Г. Н., 1987; Akserod et. al., 1983).

Целью работы явилось изучение механизмов формирования и степени выраженности СВД в зависимости от изменений внутренней среды организма, в частности — состава периферической крови, определения его значения в формировании гемодинамических (регуляторно-интегративных) и метаболических (трофически-защитных) расстройств.

Исследовано 350 больных различного возраста (от 16 до 70 лет) с различной степенью тяжести травмы головного мозга и изолированными травмами внутренних органов (травмы печени, почек, опорно-двигательного аппарата). Комплексный метод обследования включал: клинические, биохимические, инструментальные (ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ, КТ-головного мозга) исследования.

В динамике изучались величина артериального давления, УО, величина сердечного выброса, ударного индекса, сосудистого периферического сопротивления и центрального венозного давления, объема циркулирующей крови — ОЦК, (определялось методом тетраполярной реовазографии). Наряду со стандартными методами исследований нами применялся метод скрининговой оценки кровообращения и метаболизма на основе показателей состава периферической крови (патент/56/А.С. СССР № 1517937 кл. А 618 502 1997 г.)

Обследуемые больные были разделены на три группы в зависимости от выраженности СВД: 1 — с легкой степенью, 2 — средней степенью, 3 — тяжелой степенью на фоне ЧМТ (без синдрома сдавления) и при травме внутренних органов без ЧМТ. В основу такого разделения взят принцип унифи-

цированной классификации тяжести состояний и ЧМТ (Коновалов А. Н. с соавт., 1982 г.), базирующийся на показателях, характеризующих гемодинамику и вегетативный статус обеспечения жизнедеятельности одновременно (частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания). Острый период травмы характеризовался нестабильностью частоты пульса и артериального давления. Нормальные цифры артериального давления отмечались у 24 %, умеренное повышение до 140 мм рт. ст. у 56 %, повышение АД свыше 170 мм рт. ст. у 12 %, снижение АД до 100 мм рт. ст. у 8 %. Величина сердечного выброса представлена следующим образом: гиподинамический тип кровообращения — 19 %, нормодинамический — 29 %, гипердинамический — 52 %. Ударный объем (*УО*) первой группы 95±3,1 мл.; второй 89,2±5,2; третьей 87,1±6,1. Ударный индекс (*УИ*) по группам: 51,4±2,1 мл/м^2; 50,8±2,5 мл/м^2; 47,2±3,1 мл/м^2. Сердечный индекс (*СИ*) л/мин/м^2 по группам — 3,3±0,15; 3±0,3; 2,6±0,35.

Исследования электролитного состава плазмы показали, что концентрации Na^+, Ca^{++}, K^+, Mg^{++} претерпевали значительные изменения в динамике острого периода травмы. Натрий для первой группы 141,26+0,51 млмоль/л; второй группы 138,44+2,51 млмоль/л; третьей группы 149,82+2,14 млмоль/л. Натрий мочи по группам: 65,94+15,3; 110,13+8,55; 120,5+15,46 (млмоль/л). Калий мочи для первой группы — 35,63+4,99 млмоль/л; для второй группы — 35,94+5,09 млмоль/л; третьей группы — 27,6+3,97. Отношения калия мочи к натрию плазмы составляло соответственно по группам: 0,26; 0,25; 0,21. Удельный вес мочи по группам: первая — 1006+0,002 мл/см^3; вторая — 1009+0,002 мл/см^3; третья — 1011+0,005 мл/см^3. Выраженность СВД в остром периоде зависела от этой величины (степень выраженности жалоб зависела от концентрации белка плазмы — ниже 55 г/л и выше 85 г/л). Изучение картины периферического состава крови показало, легкая ЧМТ с легкой степенью СВД развивается в 70 % случаев при умеренном увеличении сегментоядерных нейтрофилов свыше 70 % и снижении лимфоцитов не более чем на 10 % от средней нормы. При нарастании степени выраженности СВД отмечается снижение или увеличение общего числа лейкоцитов при умеренном возрастании палочкоядерных нейтрофилов при сохранении общего показателя нейтрофилов свыше 70 %, и дальнейшем снижении лимфоцитов. Количество эритроцитов у больных с выраженным СВД этой группы было ниже 3,5 млн., а количество лейкоцитов снижалось менее 5000, или повышалось свыше 15000, при этом отмечалось нарастание палочкоядерных нейтрофилов, которые составляли 2/3 общего количества нейтрофилов, снижалось общее количество моноцитов и лимфоцитов (2—3 %), при этом, несмотря на разнообразные варианты лейкоцитарной формулы, отношение эритроцита к гемоглобину носило постоянный характер (25—35 у. е.).

Общей закономерностью для всех групп больных, при благоприятном течении острого периода травмы, было увеличение количества лейкоцитов при нормализации нейтрофилов за счет снижения палочкоядерных форм.

Анализ комплексных инструментально-морфометрических исследований показал, что скорость распространения пульсовой волны (от начала зубца Q до начала восходящей части пульсовой волны) равна 0,19+0,063 сек. Индексы передних рогов боковых желудочков равны — 31,1+0,05 %; центральных отделов третьего желудочка — 15,3+0,03 %; задних рогов — 12,04+0,1 %. На основании комплексной оценки инструментально-биохимических исследований определялась скорость распространения волны по сосудам мышечного типа ($V_м$), которая в значительной мере зависела от кардиального механизма (величины ударного объема и ударного индекса), гуморально-диффузионных процессов, происходящих на уровне системных реакций, определяемых изменениями концентрации калия и натрия в единицу времени, величины отношения количества эритроцитов к гемоглобину, удельным весом мочи, значениями индексов желудочковой системы головного мозга:

$$V_м = \frac{УО(мл)\cdot УРЭГ(сек)\cdot УВМ\cdot(эр/Hb)\cdot Na_п - (К_м - К_п)}{УИ\,(л/м^2)\cdot К_м\cdot 0{,}131\cdot ИПР}$$

где

УРЭГ — временной интервал от начала зубца Q до начала восходящей части РЭГ, определяемый по данным ЭКГ и РЭГ;

0,131 — постоянный коэффициент содержания кислорода в гемоглобине;

УВМ — удельный вес мочи;

ИПР — индекс передних отделов желудочков.

Скорость распространения волны по сосудам эластического типа зависела от значений ударного индекса, концентрации натрия плазмы, удельного веса мочи, значений индекса задних рогов и центральных отделов третьего желудочка. При этом средняя величина ее была 5,4 ± 0,25 м/с. Изучение зависимости количественного перераспределения ударного объема крови по органам показало, что процентное кровенаполнение почек зависит от ударного объема сердца, скорости распространения волны по сосудам мышечного типа и значения величины эритроцит/гемоглобин и может быть определено по формуле:

$$Почечный\ кровоток\ \% = \frac{УО\cdot Na_п\cdot(100 - эр/Hb)\cdot ФСВ}{У_м\cdot К_м(Na_п - К_м)\cdot 100\cdot УИ},$$

где *ФСВ* — фракция сердечного выброса.

Процентное содержание кровотока печени от общего зависело от величины ударного объема, скорости распространения волны по сосудам эластического типа, содержания общего белка плазмы, значения величины эритроцит/гемоглобин к гематокритному показателю и изменению этих величин в единицу времени. Значение показателей кровотока печени было взаимосвязано со значениями коэффициента растворимости кислорода (в норме — 0,024 мл при 37 °С), которое определялось целым

комплексом причин: значениями индексов желудочковой системы головного мозга, ионного состава плазмы и мочи, удельным весом мочи:

$$КрО_2 = \frac{0{,}131 \cdot И_{ЦОБЖ} \cdot УВМ \cdot 100 \cdot \Delta t_{прВЖД}}{эр/Hb \cdot [Na^+] \cdot 1000 \cdot \exp(a)M \cdot И_{ЦОБЖ} \cdot \Delta t_{сн}}$$

где

0,131 — постоянный коэффициент содержания кислорода в гемоглобине;

эр/Hb — расчетный меняющийся показатель;

Na^+ — концентрация натрия в плазме;

exp(a)M — величина микроциркуляторного русла в зависимости от массы и возраста;

$И_{ЦОБЖ}$ — индекс центральных отделов боковых желудочков;

$\Delta t_{прВЖД}$ — скорость изменения прироста внутрижелудочкого давления;

$\Delta t_{сн}$ — скорость снижения ВЖД.

Скорость изменения ВЖД, рассчитанная нами, показывает, что изменение давления от конечно-диастолического до диастолического зависела от размеров эритроцита (диаметра), их количества в единице объема, линейных размеров мышечного саркомера, значения УО, величины фракции сердечного выброса и соответственно составила по группам: первая — 0,034 см/с; вторая — 0,035 см/с; третья — 0,038 см/с.

Отношение ударного объема к ударному индексу и коэффициенту растворимости кислорода характеризует величину сердечного выброса, которая обусловлена содружественной и асинхронной работой вышеуказанных мышц, скорость сокращения которых детерминирована обменом натрия и калия и характеризует взаимосвязь электрических и механических процессов, происходящих в миокарде. Миокард, состоящий из прямой, косой и циркулярной мышц, принимает участие в регуляции регионарного кровотока органов, взаимосвязанного с временем максимального изгнания УО, которое подразделяется на фазы. Фаза первая (Ф1к) взаимосвязана с сокращением косой мышцы и зависит от процессов скорости обмена натрия. Время Ф1к по группам: 1 — 0,048±0,02 сек; 2 — 0,052±0,01; 3 — 0,055±0,03. Вторая фаза максимального изгнания взаимосвязана с сокращением прямой мышцы (Ф2п) и ионом калия. Время для первой группы — 0,158±0,02 сек; 2-й — 0,154±0,03 сек; 3-й — 0,161±0,03 сек. Фазы Ф1к и Ф2п обеспечивают распространение фракций ударного объема и формирование регионального кровотока мышц и кишечника, важное значение в этих механизмах имеют отношения скорость изменения *ВЖД* и $КрО_2$. В фазе редуцированного изгнания (*ФРИ*) обеспечивается сокращение циркулярного слоя, время сокращения которого зависит от сложившихся условий кровоснабжения печени, почек, кишечника, при этом, длительность этой фазы в отличие от Ф1к и Ф2п зависит от отношений сердечного индекса (*СИ*) к ударному объему (*УИ*):

$$ФРИ = \frac{СИ\ л/мин/м^2 \cdot КК\ \%}{УИ\ л/м^2 \cdot 60\ сек \cdot 100\ \%} \approx 0{,}088 сек$$

Функционально эта фаза взаимосвязана с формированием кровотока миокарда и регионального кровотока головного мозга (*РКМ*), который зависит от константы содержания гемоглобина в эритроците (0,131), *Hb/эр*, временной характеристики *ФРИ*, скорости обмена натрия и калия, источником которых является комплекс *Hb/эр*:

$$РКМ = \frac{0{,}131 \cdot 100\ \% \cdot ФРИ \cdot К_м}{Ф1_К - (Hb/эр) \cdot Na_п}$$

Качество этих процессов зависит от степени депрессии функциональной особенности миокарда к расслаблению и сокращению. Изменение концентрационных показателей ионов вызывает миграцию макрофагов в сосудистую стенку, способствуя возникновению эндотелиальной дисфункции, которая зависит от активации РАС, взаимосвязанной с клеточным составом крови и региональным кровотоком внутренних органов.

Указанные отношения реализуются посредством многопрофильных изменений гемоконцентрационных показателей, содержания электролитов плазмы и мочи, изменением ОЦК, ОЦП и минутного объема кровообращения (*МОК*, *УО* и фракции сердечного выброса). Изменение этих параметров происходит путем участия всех составляющих клеток крови с определенной их специализацией — определяющих их иммунологическую и биохимическую направленность реакций на системном и органном уровнях, в зависимости от наличия во внутренних органах метаболических структур, регулирующих активность ферментов (лактатдегидрогеназ- пейсмекер сердца, мышечные волокна кишечника, где преобладают биохимические процессы синтеза). Функции вышеуказанных органов взаимосвязаны по принципу обратной связи с метаболическими структурами, определяющих потребление кислорода, производство электрогенеза и переход электрических процессов в механические и взаимосвязанных как с функцией миокарда, так и с функцией ЦНС (ЛРК). При этом ширина третьего желудочка (S-III) зависела от концентрации натрия плазмы, калия мочи, отношения *эр/Hb*, коэффициента растворимости кислорода, а также количества лимфоцитов в составе периферической крови, линейной скорости распространения волны по сосудам эластического и мышечного типов, *УИ* и *УО*, а также скорости их изменения:

$$\Delta S\text{-III} = \frac{\Delta t\ (Na_п \cdot \frac{V_э}{V_м} \cdot К_м \cdot 100 - лимф.) \cdot УИ}{\Delta V(УВД \cdot КрО_2 \cdot эр/Hb \cdot 60 \cdot УО)}$$

Изменения ширины третьего желудочка взаимосвязано с изменениями водно-электролитного обмена и определяют функционирование ЛРК.

СВД — не самостоятельная нозологическая форма, а совокупность множества соматогеннообусловленных факторов, приводящих к дезинтеграции лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК). Нарушения функций ЦНС при этом могут быть не только

причиной, но и следствием имеющихся изменений кровоснабжения внутренних органов.

Степень выраженности СВД связана с изменениями концентрации иона Na^+ и K^+. При натрии свыше 150 млмоль/л и ниже 135 млмоль/л возникла развернутая клиника СВД с жалобами на головокружение в 72 %, головные боли 68 %, неприятные ощущения в области сердца 48 %, повышенная утомляемость 36 %, колебания АД.

Степень вариабельности клиники зависит от различных регуляторных механизмов, в основе которых лежат информационные системы (периферическая кровь), несущие в себе предрасполагающие условия для перехода информационных видов в иное структурное качество, которое включает морфологическую перестройку и временной отрезок, который характеризует сопротивление перестройки морфологической структуры прежнего уровня.

Таким образом, механизмы гемодинамических, метаболических и гипоксических расстройств, определяющие степень выраженности СВД при травме или заболевании внутренних органов можно определить как динамические, самоорганизующиеся центрально-периферические системы, объединяющие нервные и гуморальные звенья, все компоненты которых в их взаимодействии направлены на достижение оптимального уровня кислородного обеспечения тканей, достигаемого соответствующим распределении УО, осуществляемого кардиальным механизмом с соответствующей корректировкой на уровне ЛРК по внутренним органам: печень — 28,7 %; почки — 23,5 %; сердце — 4,78 %; головной мозг — 13,7 %; мышцы — 15,1 %; остальные органы — 7,8 %; кожа — 7,2 %.

Литература:

1. *Анохин П. К.* Узловые вопросы теории функциональных систем. — М.: Наука. 1980.

2. *Судаков К. В.* Информационный принцип в физиологии: анализ теорий с позиций общей теории функциональных систем. // Успехи физиол. наук.— 26 (4).— 1995.

3. *Вейн А. М.* Заболевания вегетативной нервной системы. — М., 1991.— 624 с.

4. *Кушаковский М. С., Якубович И. И.* Скорость восстановления сократительной функции левого предсердия у больных с пароксизмами фибрилляций предсердий: Тер. архив, 1995, 6. — С. 21—28.

5. *Розенштраух Л. В., Зайцев А. В., Перлов А. М.* Механизмы возникновения предсердных тахиаритмий при раздражении блуждающего нерва. // Кардиология, 1988, 28, 2. — С. 79—84.

6. *Parker W. D., Filley M., Parks J. K.* Cytochrome oxydase defence in Alzheimters disease. // Neurology, 1990, 40, p. 1302—1303.

7. *Murphy S., Simons M., Agullo L. et al.* Synthesis of nitric oxide in CNS glial cells. TINS 1993, 16, p. 323—328.

MECHANISMS OF FORMING OF THE VEGETO-VASCULAR DYSTONIA SYNDROMES AT POLYTRAUMAS

A. V. Malirhin

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

Modern ideas about vegetative dystonia etiology and pathogenesis depending on inner organism environment changes (peripheral blood) on the basis of structure — functional organism systems methodology was examined.

ИЗУЧЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Б. В. Михайлов, А. В. Чухраева

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

Современный этап социально-политической и социально-экономической нестабильности в Украине характеризуется повышенными требованиями к сотрудникам правоприменительных структур. Это относится прежде всего к сотрудникам органов внутренних дел (ОВД) повседневно профессионально сталкивающимся со всем многообразием антисоциальных проявлений и вынужденным принимать ответственные решения. В связи с этим в ОВД предусмотрена система профессионального отбора, призванная с помощью экспериментально-психологических и психофизиологических методик выявить и отклонить лиц с латентной патологией психической сферы и психоэмоциональной неустойчивостью. Однако, эта система недостаточно эффективна и не исключает, в частности, совершение суицидов сотрудниками ОВД [1, 2]. Эта проблема приобретает также особую актуальность в связи с общим ростом суицидальных тенденций и уровня суицидов в Украине [3].

Нами было предпринято изучение состояния суицидов среди сотрудников ОВД Харьковской области в период с 1995 по 1998 гг. Анализ результатов показал следующее: за этот период было совершено 16 завершенных суицидов. Эти материалы составили основную группу исследования. Возрастной состав суицидентов распределился следующим образом: 81 % приходилось на группу лиц в возрасте от 20 до 39 лет, т. е. наиболее активного, работоспособного возраста; 56 % лиц имели среднее и среднеспециальное, 44 % — высшее и незаконченное высшее образование. По стажу работы в ОВД 82 % суицидентов находилось на службе свыше 10 лет.

Распределение по способам совершения суицидов было следующим: 56 % — через повешение, 13 % — с помощью огнестрельного оружия, 31 % — другие способы (применение холодного оружия, отравление и др.).

Мотивы совершения суицидов в 85 % случаев носили личностно-бытовой характер, в 11 % — личностный характер, косвенно служебно опосредованный и только в 4 % — непосредственно служебный характер.

Ретроспективный анализ суицидентов показал следующее. Все они при поступлении на работу в ОВД проходили стандартное экспериментально-психологическое и психофизиологическое обследование, включавшее тестовое исследование по методикам СМИЛ, матрицам Равена, цветовому тесту Люшера и аппаратное исследование на приборе ПФК-1. По материалам обследования все были признаны годными к работе в ОВД.

Патопсихологическая реконструкция по материалам расследования показала следующее. Суициды совершались при наличии и совпадении во времени нескольких (более 2-х) обязательных условий: наличие психогенно-стрессовых ситуаций, определенных личностно-типологических особенностей; отсутствие суппортных микро- и макросоциальных условий.

В свою очередь, анализ системообразующих условий позволил структурировать определенные наиболее значимые факторы.

В структуре психогенно-стрессовой ситуации:

— достаточно длительный, самопроизвольно не дезактуализирующийся характер;

— субъективно значимый характер, затрагивающий сферу особо значимых личностных отношений, хотя по формально-внешним признакам таковым не являющийся.

В структуре личностно-типологических особенностей:

— отсутствие значимых патохарактерологических изменений;

— преобладание агрессивных тенденций;

— агрессивные тенденции носят: а) деструктивный; *б*) аутонаправленный характер;

— отсутствие или слабость активно-конструктивных и преобладание пассивно-патогенных механизмов (сублимационный, агрессивно-конструктивный или агрессивно-деструктивный гетерогенный характер реакции) или фрустрации (диссоциативный, конверсионный или регрессивный тип реакции).

В структуре внешних микро- и макросоциальных условий:

— отсутствие адекватно-компенсирующих микросоциальных условий, создающих рационально-когнитивную или эмоционально-эмпатическую компенсацию или замещение;

— отсутствие адекватно-компенсирующих макросоциальных условий (карьерной перспективы, социального признания в формально или неформально-стратифицированных слоях общества и т. п.).

Был проведен также анализ предиспозиционных суицидогенных комплексов. В порядке убывания значимости были идентифицированы следующие: затруднения в перестройке ценностных ориентаций, социальная изоляция, переживание истинной или мнимой физической недостаточности, гипотимный эмоциональный фон в конфликтогенно-фрустрационных ситуациях, астеноидно-ригидный тип психофизиологических характеристик ЦНС.

Проведенное исследование в контрольной группе — у 30 лиц с незавершенными суицидами, не принятыми на работу в ОВД показало наличие суще-

ственных различий по сравнению с лицами с завершенными суицидами, прежде всего, в структуре личностно-типологических особенностей и предиспозиционных суицидогенных комплексов. Для контрольной группы характерным было преобладание гетероагрессивных тенденций, наличие акцентуаций характера, прежде всего, по возбудимому или истероидному типу, относительная социальная конформность, эксплозивный компонент в эмоциональных реакциях, астеноидно-мобильный тип психофизиологических характеристик ЦНС.

Таким образом, проведенные исследования показали наличие определенных системообразующих условий и предиспозиционных комплексов, являющихся предикторами суицидального поведения; при этом патохарактерологические изменения не относятся к этим предикторам и не являются прогностическими критериями. Существующая система профотбора сотрудников ОВД направленная прежде всего на выявление характеропатических изменений, неадекватна в прогностическом отношении в отношении суицидальных тенденций и действий.

Требуется разработка дополнительных методических подходов для разработки ранних прогностических критериев суицидальных тенденций и адекватной системы психопрофилактики и психологической поддержки в системе ОВД.

Литература:

1. *Теледанко Б. М.* Типові причини та профілактика самогубств серед працівників ОВС.: Суіцидологія: теорія та практика / За ред. О. М. Морозова, А. П. Чуприкова. — Київ, 1998.— С. 108—110.

2. *Федоров К. Л.* Особенности профилактической работы в органах внутренних дел по формированию у сотрудников антисуицидальных мотивов.: Суіцидологія: теорія та практика / За ред. О. М. Морозова, А. П. Чуприкова. — Київ, 1998. — С. 121—124.

3. *Чуприков А. П., Пилягина Г. Я.* Национальная программа по борьбе с ростом суицидальной активности в Украине. Разработка. Осуществление.: Суіцидологія: теорія та практика / За ред. О. М. Морозова, А. П. Чуприкова. — Київ, 1998.— С. 3—5.

STUDY OF SUICIDAL TENDENCIES IN STAFF OF INTERNAL AFFAIRS DEPARTMENTS IN KHARKIV REGION

B. V. Mikhailov, A. V. Chukhrayeva

Kharkiv Postgraduate Medical Institute
Kharkiv

Present stage of social political and economical instability in Ukraine is characterised by the increased requirements to the staff of the internal affairs departments. It leads to a number of negative consequences including the raise of suicides rate among the staff of internal affairs departments. The present study is devoted to the complex investigation of suicidal problem among the staff of internal affairs departments in Kharkiv region.

A rise of suicides was established. It was distinguished predispositional suicidogenous complexes which are predictors of suicidal behaviour.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДЕПРЕССИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

В. Д. Мишиев

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1
г. Киев

Диагностика депрессивной шизофрении имеет решающее значение в связи с необходимостью точной клинической квалификации психопатологического процесса в целом [2, 7], высокой суицидальной активностью данных состояний [1, 12], а также в связи с фармакотерапевтическими особенностями этих расстройств: при наличии параноидных и кататонических компонентов тимолептики не только не дают желаемого эффекта, но, напротив, могут привести к экзацербации процесса [4, 6]. Особенно большое внимание должно быть уделено клинической квалификации шизофренических проявлений, т. к. при известных условиях шизофреническая основа синдрома нередко полностью перекрывается депрессивной симптоматикой [3, 8, 10].

Целью настоящего исследования было изучение особенностей депрессий в рамках шизофренической симптоматики. Для решения указанной задачи из всего многообразия проявлений шизофрении были выбраны лишь формы со значительной и выраженной депрессивной симптоматикой. В соответствии с требованиями МКБ-10 такие больные соответствовали рубрике F25.1 — шизоаффективный психоз депрессивного типа и F25.2 — шизоаффективное расстройство смешанного типа. Клиническая картина обеих форм заболевания характеризовалась приступообразностью расстройств и наличием выраженных как депрессивных, так и шизофренических симптомов. Оба типа симптомов проявлялись одновременно либо в течении короткого срока (до нескольких дней). В первом случае наряду с шизофренической симптоматикой наблюдались аффективные расстройства только депрессивного типа, во втором — и депрессивная, и маниакальная симптоматика.

Общее количество обследованных нами больных шизофренией составило 57 человек: 41 — с шизоаффективным психозом депрессивного типа (23 мужчины и 18 женщин) и 16 — с шизоаффективным психозом смешанного типа (5 мужчин и 11 женщин). При шизоаффективном психозе смешанного типа несколько чаще (различие статистически недостоверно) встречались женщины, а также лица более молодого возраста.

Клинико-психопатологические и клинико-нозологические варианты наблюдавшихся нами психотических депрессий далеко не исчерпывают многообразия этих состояний, встречающихся при шизофрении. В то же время они могут свидетельствовать об определенной типичности такого рода депрессивных состояний, развившихся в структуре шизофренического состояния и требующих соответствующей квалификации и мер медицинского и организационного характера (в случаях суицидов и гомоцидов).

Общим клиническим признаком при депрессивных приступах в рамках обоих вариантах шизоаффективного психоза было существенное преобладание тревожной симптоматики. Так, наряду с типичной депрессивной симптоматикой в виде общей заторможенности, подавленности, снижения побуждений, чувства тоскливости отмечалась выраженная тревога. Она характеризовалась немотивированностью проявлений, эпизодичностью (длительностью от нескольких часов до нескольких суток), стойкостью на протяжении всего периода заболевания. Особо следует отметить, что периоды тревоги проявлялись вне зависимости от ведущего аффекта: при тоскливом аффекте имела место как бы эпизодическая трансформация общего состояния заторможенности в состояние суетливости, неусидчивости, общей обеспокоенности больных ощущением беды, некой катастрофы, угрозы собственной жизни либо жизни близких людей. В отдельных случаях тревога достигала степени ажитации. Несмотря на неотчетливость идей самообвинения и самоосуждения суицидальный риск у данной группы больных был достаточно высоким, в связи с чем своевременная и точная диагностика тревожной симптоматики имела существенное значение.

Основными особенностями каждого типа шизоаффективного психоза было следующее:

Шизоаффективный психоз со смешанным типом аффективных приступов

Тревожно-депрессивные приступы при шизоаффективном психозе со смешанной структурой приступа отличались меньшей частотой психопатологических проявлений депрессии. В картину тревожной депрессии включались отдельные бредовые идеи отношения, осуждения, отрывочные бредовые идеи преследования, имевшие место еще до острого приступа. У одной больной наряду с отдельными идеями ревности имели место ипохондрические идеи о наличии у нее неизлечимого заболевания. Были отмечены вербальные иллюзии в сочетании с отрывочными идеями осуждения, а иногда — галлюцинаторные расстройства в виде слуховых обманов.

Приступ развивался остро, с появления резкой тревоги, волнения, страха, тоски. Больные не находили себе места, метались по комнате в ожидании предстоящего несчастья, испытывали неприятные ощущения в различных частях тела, чувство "волнения в груди". Они не могли ни сидеть, ни лежать, ходили взад-вперед по комнате, начинали изъявлять свои жалобы, просили о помощи. Депрессивные бредовые идеи были менее выраженными по сравнению с депрессивно-параноидными состояниями. Но тревожно-тоскливый аффект с беспредметной тревогой, страхом, чувством тоски и безвыходнос-

ти был выражен достаточно интенсивно. О глубине и остроте его свидетельствуют суицидальные попытки, имевшие место у 4 из 6 больных с преобладанием данного типа депрессии.

Тревожно-тоскливые приступы могли быть и первичными приступами в течении шизоаффективного психоза со смешанной структурой аффективного приступа, и повторными. В последнем случае предыдущим приступом мог быть депрессивно-параноидный. Таким образом, в некоторых случаях приступ тревожной депрессии, будучи повторным, выступал в целом в виде более абортивного психотического приступа по сравнению с предыдущим депрессивно-параноидным.

Острый тревожно-депрессивный аффект в процессе лечения иногда сменялся вялостью, заторможенностью. В одном случае имела место кататоноподобная симптоматика в виде малодоступности, безучастности, неопрятности.

Шизоаффективный психоз с депрессивной структурой приступа

Наибольшие отличительные особенности в рамках шизоаффективного психоза с депрессивной структурой в отличие от аналогичных приступов при шизоаффективном психозе со смешанным типом имели депрессивно-параноидные приступы. Прежде всего, сам приступ развивался на фоне уже имеющихся более или менее длительных хронических расстройств психики. Последние большей частью были представлены в виде отрывочных или имеющих тенденцию к незначительной систематизации бредовых идей персекуторного содержания. За несколько месяцев или лет (1—3 года) до острого депрессивно-параноидного приступа больные становились настороженными, подозрительными, а затем враждебными по отношению к близким, родным, соседям. Они считали, что окружающие изменили к ним отношение, соседи хотят их выжить, муж изменяет, на работе проверяют их вещи, врач в поликлинике сделал не тот укол, после чего она изменилась, "кровь стала другой". При развитии острого приступа имевшие ранее место бредовые идеи вплетались в картину депрессивно-параноидных переживаний, расширялись, усложнялись [12]. После окончания приступа бредовые идеи могли редуцироваться, терять актуальность с появлением критического отношения к ним, однако полностью не исчезали. Наоборот, в некоторых случаях после острого приступа бредовые идеи имели тенденцию к усложнению и дальнейшему развитию.

Сам депрессивно-параноидный приступ обычно начинался остро, с аффекта страха и тревоги, сопровождающихся психомоторным тревожно-тоскливым возбуждением. Наряду с идеями персекуторного содержания, занимавшими значительное место в структуре психоза, имели место случаи депрессивного бредообразования. Однако следует отметить, что по сравнению с депрессивно-параноидными приступами при наблюдавшемся нами шизоаффективном психозе со смешанной структурой приступа здесь депрессивная симптоматика была более выражена и теснее вплеталась в структуру приступа. Бредовые идеи преследования, входившие в структуру острого депрессивно-параноидного приступа, имели тенденцию к генерализации. Идеи осуждения чаще сопровождались иллюзиями и галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, психическими автоматизмами. Параноидность была представлена бредовой ориентировкой, бредом интерметаморфозы. При тревожно-тоскливых депрессиях также встречались отрывочные бредовые идеи персекуторного характера, эпизоды слуховых и зрительных обманов, а в отдельных случаях — онейроидные эпизоды, кататонические включения. Постепенно круг возможных синдромальных проявлений заболевания сужался. На первый план выступала симптоматика депрессивного ступора [5].

В типичных случаях депрессивно-параноидного синдрома параноидные явления настолько выступали на авансцену психопатологической картины, что депрессивные симптомы полностью отодвигались на задний план и могли остаться незамеченными.

В подавляющем большинстве остальных случаев депрессивные приступы не имели специфических различий, связанных с биполярным либо монополярным типом течения шизоаффективного психоза. Так, в зависимости от характера представленности и сочетания шизофренической и депрессивной симптоматики, встречались сенесто-ипохондрические состояния с явлениями выраженной соматизации либо с навязчивостями. Последние находили преимущественное выражение в интеллектуальной сфере, проявлялись в неуверенности больных, утрированных рассуждениях, амбивалентности, неспособности избавиться от тревожных мыслей и эпизодической актуализации тревожных опасений.

Особенностью заторможенных депрессий являлось отсутствие сколько-нибудь устойчивой и одновременно достаточно выраженной интеллектуально-речевой и двигательной заторможенности. Как правило, при наличии двигательной скованности сохранялся речевой контакт, и наоборот.

Нередким компонентом депрессивных состояний было наличие ипохондрических переживаний, хотя самостоятельный ипохондрический и тревожно-ипохондрический варианты наблюдались нами нечасто. Ипохондрия при тревожно-депрессивных состояниях была представлена в различных психопатологических вариантах. Последние варьировали, начиная от тревожно-ипохондрических, неопределенных опасений, сенесто-ипохондрических переживаний до нигилистического варианта бреда Котара, направленного на самого больного.

На основании представленных данных можно сделать следующие выводы:

— распознавание депрессивной симптоматики в рамках шизофрении имеет важное значение для диагностики и терапии этих состояний;

— дифференциально-диагностическое распознавание должно основываться как на знании клинико-психопатологических особенностей различных вариантов депрессивных приступов, так и учете анамнестических и катамнестических сведений, выявляющих хроническую позитивную или негативную (процессуальную) симптоматику.

Литература:

1. *Аксенова И. О.* Клиника и терапия затяжных резистентных эндогенных депрессий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1980.

2. *Вертоградова О. П.* Общие принципы терапии и прогноза депрессий // Кн. Психофармакологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. — М., 1985. — С. 5—107.

3. *Войцех В. Ф.* К вопросу о соотношении терапевтической тактики и структуры депрессий // Кн. Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. — М., 1985. — С. 17—21.

4. *Кутько И. И., Стефановский В. А., Букреев В. И., Шестопалов Л. Ф.* Депрессивные расстройства. — Киев: Здоров'я, 1992. —158 с.

5. *Морозова В. П.* Клинико-эпидемиологическая характеристика эндогенных психозов, протекающих монополярно в форме депрессивных приступов: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1982.

6. *Нуллер Ю. Л.* Депрессия и деперсонализация. — Л., 1981.

7. *Цуцульковская М. Я., Владимирова Т. В., Орлова В. А., Савина Т. Д.* // Проблемы невропатологии, психиатрии и наркологии (клиника, диагностика и лечение основных нервных и психических заболеваний). — Тбилиси, 1987. — С. 524—527.

8. *Angst J.* // Psychopathology. — 1985. — Vol. 18, № 2/3. — P. 140—150.

9. *Aarons S., Frances A.* // Hosp. commun. Psychiat. — 1985. — Vol. 36, № 3. — P. 275—285.

10. *Glatzel J., Huber G.* // Psychiat. Clin.— 1984. — Vol. 6, № 1. — P. 15—31.

11. *Kielholz P.* // Psychopathology. — 1986. — Vol. 19, № 11. — P. 194.

12 *Winokur G.* // New Resultats in Depression Research/ Eds Hippins H., Klerman C. L., Matussek N. — Berlin, 1986. — S. 70—78.

CLINICAL VERSIONS OF DEPRESSIONS AT DIFFERENT TYPES OF SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSES

V. D. Mishyev

Kyiv State Clinical Psychoneurological Hospital № 1

Kyiv

57 patients suffering from schizophrenia with depressive symptoms were investigated. 41 patients belonged to schizoaffective psychosis depression type according to classification ICD-10 (23 men and 18 women) and 16 belonged to schizoaffective to a psychosis of mixed up type (5 men and 11 women). Are given clinical-psychopathological characteristics of different depression versions in schizophrenia limits. Are showed similarities and difference of depression symptoms depending on psychosis type.

ВЛИЯНИЕ КИНУРЕНОВОЙ КИСЛОТЫ НА РЕЦЕПЦИЮ ГЛУТАМАТА У КРЫС С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СУДОРОЖНОЙ ГОТОВНОСТИ

Л. Д. Попова, С. А. Стеценко

Харьковский государственный медицинский университет
г. Харьков

Усиление функции глутаматергических синапсов является важным патогенетическим элементом в развитии многих неврологических заболеваний, в том числе судорожных состояний [1]. Кинуреновая кислота (КК), метаболит кинуренинового пути обмена триптофана, является антагонистом широкого действия по отношению к рецепторам возбуждающих аминокислот, действуя на NMDA, каинатные и квисквалатные рецепторы [2, 3]. КК влияет как на глициновый аллостерический центр, так и на центр связывания возбуждающих аминокислот [3]. В связи с этим целью данной работы было изучение влияния КК на параметры связывания глутамата у крыс с разным уровнем судорожной готовности.

Работа выполнена на 120 крысах популяции Вистар, разделенных на 2 группы — с низкой (Н) и высокой (В) судорожной готовностью — по реакции на аудиогенный раздражитель (звонок силой 96 дБ в течение 120 сек). Животных брали в эксперимент через 2 недели после тестирования. Исследовались следующие регионы головного мозга: кора лимбических проекций и гиппокамп как низкопороговые структуры; гипоталамус, имеющий мощные двусторонние связи с лимбическими структурами; мозжечок, относящийся к так называемой антиэпилептической системе; ствол мозга, в котором находятся основные серотонинергические ядра, посылающие свои аксоны в разные области мозга. Параметры связывания глутамата определяли на фракции грубых синаптосом с помощью метода флуоресцентных зондов с использованием в качестве флуоресцентных зондов 3-метоксибензантрона (МБА) и 1-(фениламино)-8-сульфонафталина (АНС) [4]. Указанные зонды обладают разными физико-химическими свойствами, а поэтому и разной локализацией при связывании с биологическими мембранами, что важно при изучении взаимодействия мембран с биологически активными веществами. Концентрации КК при изучении ее модулирующего влияния на рецепцию глутамата соответствовали константам диссоциации КК в соответствующих структурах головного мозга у крыс с низкой и высокой судорожной готовностью.

Таблица

Влияние кинуреновой кислоты на параметры связывания глутамата в структурах мозга крыс с низким (Н) и высоким (В) уровнем судорожной готовности ($К_д$, мкМ; $В_{max}$, пМ/мг белка)

Структуры головного мозга	Параметры связывания	Контроль		Влияние кинуреновой кислоты	
		Н	В	Н	В
Зонд МБА					
Кора лимбическая	Кд	0,092±0,002	0,050±0,001***	**0,126±0,008	***0,081±0,006**
	Вмах	32,2±1,5	29,2±1,8	30,0±1,6	33,0±1,9
Гиппокамп	Кд	0,129±0,004	0,067±0,002***	***0,065±0,006	0,069±0,006
	Вмах	18,4±1,7	7,7±0,9**	18,0±1,5	6,5±0,9**
Гипоталамус	Кд	0,018±0,001	0,113±0,003***	***0,065±0,006	**0,083±0,007
	Вмах	18,3±1,5	11,1±1,02**	14,0±1,8	11,5±1,05
Мозжечок	Кд	0,113±0,004	0,104±0,003	***0,051±0,004	***0,055±0,005
	Вмах	7,4±0,9	19,1±0,9	7,0±0,8	10,0±1,05
Ствол	Кд	0,10±0,008	0,073±0,010	—	*0,050±0,002
	Вмах	5,6±0,6	4,7±0,5	—	4,3±0,6
Зонд АНС					
Кора лимбическая	Кд	0,079±0,002	0,074±0,003	*0,10±0,007	**0,098±0,007
	Вмах	21,1±2,5	41,1±3,6**	29,0±3,5	50,0±4,9
Гиппокамп	Кд	0,105±0,003	0,055±0,003***	0,103±0,006	*0,076±0,006*
	Вмах	10,1±1,2	7,8±0,9	10,0±1,1	7,0±0,8
Гипоталамус	Кд	0,019±0,001	0,077±0,003***	***0,060±0,005	0,080±0,007*
	Вмах	9,3±0,8	14,1±1,1**	11,0±1,05	13,5±-1,4
Мозжечок	Кд	0,067±0,003	0,068±0,002	**0,044±0,004	*0,059±0,005*
	Вмах	8,4±0,9	10,1±0,9	12,8±2,2	10,0±1,1
Ствол	Кд	0,10±0,009	0,077±0,006	—	**0,050±0,004**
	Вмах	3,9±0,3	2,6±0,3	—	4,0±0,6

Примечание: * — P<0.05; ** — P,0.01; *** — P,0.001 — достоверность различий:
слева — между группами Н (контроль) — Н (влияние кинуреновой кислоты) или между группами В (контроль) — В (влияние кинуреновой кислоты);
справа — между группами Н и В.

При сравнении параметров связывания глутамата у крыс с разным уровнем судорожной готовности было обнаружено (табл.) повышение сродства рецепторов к глутамату (зонд МБА) у крыс группы В во всех изученных регионах, за исключением гипоталамуса, но изменения были статистически достоверны только в лимбических структурах. При использовании зонда АНС повышение сродства рецепторов к глутамату у крыс группы В обнаружено только в гиппокампе. В гипоталамусе крыс группы В сродство рецепторов к глутамату значительно ниже по сравнению с животными группы Н.

Учитывая оба изучаемые параметры ($К_д$ и $В_{мак}$), можно прийти к выводу, что сила действия медиатора на рецепторы синаптосом у животных группы Н максимальна в гипоталамусе, а для животных группы В — в коре. В этих регионах наблюдаются наиболее выраженные различия в силе действия глутамата на рецепторы синаптосом разных групп животных. В мозжечке и стволе различий в силе действия медиатора между группами практически не наблюдается. В пределах каждой группы животных сила действия глутамата в стволе минимальна.

При изучении модулирующих эффектов КК обнаружено (табл.), что у крыс группы Н (зонд МБА) КК нарушала связывание глутамата в стволе, приблизительно в 3,5 раза снижала сродство рецепторов к глутамату в гипоталамусе и на 37 % — в лимбической коре. В гиппокампе и мозжечке этих животных сродство к глутамату увеличилось приблизительно в 2 раза. Те же тенденции наблюдались и при использовании зонда АНС, но при этом сродство рецепторов в гиппокампе не изменялось, а в мозжечке повышение сродства рецепторов к глутамату было менее выражено. У животных группы В при использовании зонда МБА снижение сродства рецепторов к глутамату обнаружено только в коре, в гиппокампе сродство не изменялось, а в остальных регионах — повышалось. При использовании зонда АНС у этой группы животных обнаружено снижение сродства в коре и гиппокампе и повышение в стволе и мозжечке. Влияние на $В_{мак}$ КК практически не оказывала, проявив себя как модулятор метаффиноидной природы.

Как видно из полученных результатов, КК проявляла ингибирующее влияние на рецепцию глутамата не во всех исследованных регионах мозга, что свидетельствует о более сложном влиянии КК на рецепцию возбуждающих аминокислот. Как известно, эндогенными лигандами этих рецепторов, кроме глутамата, являются также аспартат и хинолиновая кислота. Возможно, противосудорожное действие КК реализуется, в большей степени, через рецепцию этих лигандов или через глициновый аллостерический центр. По литературным данным, $К_i$ для КК составляет 40—50 мкМ [5], для 7-хлоркинуреновой — 0,36 мкМ, для 5,7-дихлоркинуреновой — 0,08 мкМ [6]. Концентрации КК, используемые нами, соответствовали $К_д$ КК в регионах головного мозга этих животных и колебались в пределах 8—15 мкМ. Это давало возможность приблизить условия эксперимента к условиям, протекающим *in vivo*. Следует отметить также наличие существенных различий в модулирующих эффектах КК на рецепцию глутамата у крыс с разным уровнем судорожной готовности.

Литература:

1. *Meldrum B. S.* // Neurobiology.— 1994. 44, № 11. — P. 514—523

2. *Комиссаров И. В., Абрамец И. И.* Модуляция эффективности межнейронных связей биорегуляторами и фармакологическими средствами. — Донецк, 1994. — 160 с.

3. *Vecsei L., Beal M. F.* // Eur. J. Pharm., 1991. 196. — P. 239—246.

4. *Добрецов Г. Е.* Флуоресцентные зонды в исследовании клеток, мембран и липопротеинов. — М.: Наука, 1989. — 274 с

5. *Yoel K., Lamdani-Itkin H., Sokolovsky M.* // J. Neurochem. — 1990. 54, № 5. — P. 1576—1583.

6. *Baron B. M., Harrison B. L., Mc Donald I. A. et al.*// J. Pharmac. Exp. Ther. — 1992. 262, № 3. — P. 947—956.

THE INFLUENCE OF AN KYNURENIC ACID ON RECEPTION OF A GLUTAMATE IN RATS WITH A DIFFERENT LEVEL OF CONVULSIVE READINESS

L. D. Popova, S. A. Stetcenko

Kharkiv State Medical University

Kharkiv

The influence of the kynurenic acid on the glutamate reception in rats with different level of convulsive readiness the kynurenic acid was found to break the glutamate reception in brainstem, to decrease the receptor affinity to glutamate in hypothalamus and cortex and to increase it in hippocampus and cerebellum. In rats with high seizure susceptibility this endogenic modulator decreased the receptor affinity in limbic regions and enhances it in other regions. The results indicates considerable differences between modulator effect of kynurenic acid in rats with low and high level of convulsive readiness.

О СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ НЕВРОЗА У МУЖЧИН

С. В. Рожков
Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

Изучению первичных сексуальных расстройств у мужчин, страдающих неврозами, их клинике и коррекции посвящены работы многих исследователей [1—4]. В то же время связанная с неврозом у мужа сексуальная дезадаптация супружеской пары изучена недостаточно. Причины, механизмы развития и клинические проявления этого нарушения сексуального здоровья практически не освещены в литературе, отрывочные сведения о них имеются лишь в единичных работах [5].

Цель настоящего исследования — установить причины, механизмы развития, течение и проявления дезадаптивных форм нарушения сексуального здоровья при неврозе у мужчин.

Под нашим наблюдением находились 113 супружеских пар с сексуальной дисгармонией. Супруги были в возрасте от 19 до 45 лет (муж и жена, как правило, входили в одну возрастную группу) и состояли в браке чаще всего (70±5 %) от 1 года до 10 лет. Все мужчины страдали неврозом. Неврастения отмечалась у 53, истерия — у 28, невроз навязчивых состояний — у 32 человек. Давность невроза составляла от 1 года до 5 лет, причем у 64±4 % мужчин — от 1 года до 3 лет.

У жен больных, как правило, можно было отметить невротические реакции на конфликтную ситуацию в семье и сексуальную дисгармонию.

Сексуальная дисгармония, как правило, развивалась с самого начала, реже — в течение первых трех лет супружеской жизни и предшествовала возникновению невроза.

Все находившиеся под наблюдением супружеские пары были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [6].

Проведенное обследование супружеских пар (по критериям сексуального здоровья) позволило выявить у них различные проявления сексуальной дезадаптации.

У 41 (13±5 %) супружеской пары наблюдался внутриличностный и межличностный конфликт. Дезадаптация у этих супругов протекала в четырех вариантах. Первый (у 12 супружеских пар) возникал при наличии у мужчин затрудняющих общение характерологических черт — робости, застенчивости, тревожной мнительности, второй (у 11 пар) — при неумении говорить о сексе, обсуждать свои сексуальные потребности и ожидания. Причиной третьего варианта (у 10 пар) было нарушение взаимоотношений больного с женой из-за неумения решать возникающие в семейной жизни проблемы, расхождения ценностных ориентаций, взглядов, ролевого поведения в семье, отрицательного восприятия мужем жены как супруги, женщины, хозяйки, а также из-за фемининных черт характера мужа, вызывающих негативное отношение у жены. Четвертый вариант дезадаптации представлял собой сексуальную аверсию, которую испытывали 8 мужчин и 9 женщин.

При первом и втором вариантах сексуальной дезадаптации у мужчин чаще всего наблюдалось нормальное соматосексуальное и задержанное психосексуальное развитие. Полоролевое поведение было феминным или маскулинным, эротическое и сексуальное либидо слабо выраженным при сохранности платонического либидо. Половая конституция оказалась слабой или ослабленной средней. У мужчин со вторым вариантом дезадаптации указанные нарушения были связаны с чрезмерно строгим воспитанием в родительской семье, дискредитацией всего, что имеет отношение к сексу. Большинство из них женились по настоянию родителей. Сексуальные затруднения в браке у них обычно не возникали при правильном сексуальном поведении жены, сексуальные ощущения у них были сохранены и половой акт происходил нормально. Но в случаях неправильного сексуального поведения жены сексуальная функция мужчин резко снижалась.

При третьем варианте сексуальной дезадаптации четко прослеживается связь ее развития с конфликтами, возникающими между супругами. После них у мужа долго не проходила обида, и половой акт он совершал только из чувства долга. У мужчин при этом снижалось либидо, наблюдалась гипо- или аноргазмия. Эти нарушения, обычно имевшие относительный и преходящий характер, со временем иногда приводили к отрицательному отношению мужчины к половой активности жены и даже вообще к сексу.

Типы сексуальной культуры и сексуальной мотивации мужчин при третьем варианте сексуальной дезадаптации были самыми разными, как и мотивы полового акта, но с усугублением дезадаптации последние изменялись в сторону примитивизации. Для этих мужчин были особенно значимы психологические факторы.

Четвертый вариант (сексуальная аверсия) представлял собой крайне негативное отношение к половой жизни с супругой (супругом) или вообще к сексу. Аверсия развивалась из-за постоянной психосексуальной неудовлетворенности у мужчин вследствие сексуальной дисфункции у жены, неприятия ее сексуального поведения, а также из-за несоответствия у супругов семейно-ролевых позиций, отсутствия у них чувства любви, расхождения сексуальной мотивации, несоблюдения женщиной гигиены тела. В тех случаях, когда у супругов имелся психологический конфликт, вначале развивалась психологическая аверсия, которая затем распространя-

лась на сексуальную сферу. Если мужчина испытывал постоянную психосексуальную неудовлетворенность, то она приводила к сексуальной аверсии, которая затем переходила в аверсию психологическую.

Изучение проявлений и течения сексуальной аверсии у мужчин показало, что она проходила в своем развитии три фазы.

В первой фазе наблюдалось снижение сексуальной активности мужчин, сужение их диапазона приемлемости, игнорирование предварительного периода полового акта, который совершался не по внутреннему побуждению, а из чувства долга. Изменялся мотив полового акта (выполнение супружеского долга), и мужчина не испытывал от близости психосексуального удовлетворения.

Во второй фазе развития аверсии сексуальные отношения супругов носили негативный характер. Муж под любым предлогом уклонялся и даже полностью отказывался от половых актов. У него возникали алибидемия, сексуальная гипестезия или анестезия, аноргазмия.

В первых двух фазах своего развития сексуальная аверсия имела относительный характер.

В третьей фазе у мужчины появлялось отвращение к половой жизни вообще, презрение, отрицательное отношение к женщинам. Супруги полностью отказывались от интимной близости. У мужа наблюдались алибидемия и аноргазмия. Сексуальная аверсия приобретала абсолютный характер.

Выраженность сексуальной аверсии зависела от фазы ее развития и от того, насколько в ее формирование вовлекались психологические и сексуальные факторы. Аверсия могла развиваться по осознаваемым и неосознаваемым механизмам психической деятельности. У супругов с высоким уровнем психологической адаптации и малой значимостью сексуальной функции обычно к сексуальной аверсии не присоединялась аверсия психологическая. Несмотря на наличие сексуальной аверсии, при соответствии направленности личности мужа и жены, их ролевых позиций, при благоприятном сочетании характерологических черт, носящем взаимодополняющий характер, сохранности чувства взаимной любви и уважения у супругов сохранялся достаточно высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации. Следует отметить, что в личностной структуре женщин, по отношению к которым мужья испытывали сексуальную аверсию, нередко отмечались тревожно-мнительные и астенические черты. Значительно чаще происходило распространение психологической аверсии на сексуальную сферу, в особенности при низком уровне общей и сексуальной культуры супругов, снижении или полном отсутствии у них платонического и эротического либидо.

У половины мужчин с аверсией отмечалось замедленное и у 1/3 — ускоренное соматосексуальное развитие, но чаще имели место нарушение психосексуального развития, особенно его ретардация, и сочетанные асинхронии. Примерно у 1/3 мужчин отмечалось гиперролевое поведение. Половая конституция у 50 % мужчин была слабой, у остальных — средняя и сильная. В сексуальных фантазиях превалировала замена партнера. Тип сексуальной мотивации в половине случаев был агрессивно-аверсионный, мотив полового акта — выполнение супружеского долга или получение оргазма. К жене эти мужчины испытывали только аверсию. Тип сексуальной культуры у них был невротическим, примитивным, реже гиперролевым.

Сексуальная аверсия у наших обследованных развивалась постепенно. При этом у мужчин с сильным типом половой конституции даже при наличии психологической аверсии к жене сексуальная аверсия в течение продолжительного времени не развивалась. Для мужчин с сексуальной аверсией психологические факторы были мало значимы. Чаще всего аверсия развивалась при истерическом неврозе у мужчин.

Описанные проявления нарушения сексуального здоровья у данной группы супружеских пар были определены нами как коммуникативная форма сексуальной дезадаптации.

У 35 (32±4 %) супружеских пар были выявлены расхождение диапазона приемлемости, неадекватная желаниям обоих супругов техника проведения полового акта и игнорирование его заключительного периода, несоответствие сексуального поведения мужчины ожидаемой или желаемой женщиной модели. Как правило, это происходило при низком уровне знаний в области психогигиены половой жизни. Часто наблюдалось также несоответствие сексуальной мотивации мужа типу сексуальной мотивации жены. Например, формальная близость при гомеостабилизирующем или шаблонно-регламентированном типе сексуальной мотивации, когда муж не стремился доставить сексуальное наслаждение жене, не могло удовлетворить ее, если у нее был игровой или коммуникативно-гедонический тип сексуальной мотивации.

У подавляющего большинства мужчин с данной формой дезадаптации отмечался шаблонно-регламентированный либо генитальный тип сексуальной мотивации, а мотив полового акта — получение оргазма.

Несоответствие сексуального поведения супругов, приводящее к дезадаптации у части супругов было вызвано неблагоприятным сочетанием в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, в частности таких, как мужчина-отец и женщина-мать, мужчина-сын и женщина-дочь, и в особенности одинаковых — пассивно-подчиняемых или агрессивных вариантов психосексуальных типов.

У большинства мужчин (63±4 %) в половом развитии (и сомато-, и психосексуальном) отмечались ретардация и сочетанные асинхронии. Почти у половины (48±3 %) из них наблюдалась трансформация полоролевого поведения. Половая конституция мужчин большей частью (57±9 %) была слабой, реже (28±8 %) средней. Сексуальное либидо нередко оказывалось слабо выраженным, платоническое и эротическое — чаще сохранным. Тип сексуальной культуры был примитивным или невротическим. Очень часто имело место несоответствие общей и сексуальной культуры мужа и жены. Сексуальная дисгармония, как правило, развивалась даже в тех случаях, когда у жены отмечался гармоничный вариант сек-

суальной культуры (аполлоновский или мистический ее тип).

Дезадаптация в рассмотренных случаях, как правило, начиналась с первых же половых актов. При этом у жен больных чаще всего развивались сексуальная гипестезия и аноргазмия, к которым затем присоединялось снижение либидо (вплоть до алибидемии). Женщины проявляли отрицательное отношение к половой активности мужа.

Способствовали развитию сексуальной дезадаптации супругов эгоизм, эгоцентризм, самовлюбленность, а также такие особенности личности мужчин, как инфантильность, замкнутость, тревожная мнительность.

Выявленные нарушения сексуальной гармонии у данной группы супружеских пар укладываются в картину сексуально-эротической формы дезадаптации.

К сексуальной дезадаптации у 20 (18±3 %) пар приводило несоответствие половой конституции супругов при слабой или ослабленной средней половой конституции у мужа. В соматосексуальном развитии большинства и психосексуальном — всех мужчин отмечались ретардация и сочетанные асинхронии. Осведомленность в области секса, как правило, была недостаточной. У всех мужчин отмечался шаблонно-регламентированный или генитальный тип сексуальной мотивации, а мотив полового акта чаще всего — получение оргазма или выполнение супружеского долга. Эротическое либидо в большинстве случаев отсутствовало, сексуальное было слабо выражено. Сексуальная потребность возникала редко — один-два раза в месяц. Тип сексуальной культуры мужчин был в основном примитивный.

Сексуальная дезадаптация супругов проявлялась с самого начала супружеской жизни, как правило, в виде разной сексуальной потребности и активности супругов, сниженного полового влечения и гипоэрекции у мужа. Нередко при развитии дезадаптации эти нарушения достигали степени алибидемии и анэрекции. Многие мужчины с рассматриваемой формой сексуальной дезадаптации отличались астенической конституцией, вторичные половые признаки были у них слабо выражены, психофизиологические процессы инертны. Однако среди них встречались и лица с достаточной выраженностью вторичных половых признаков.

У данной группы супругов, как показал проведенный анализ, имела место конституциональная форма сексуальной дезадаптации.

У 17 (14±3 %) из обследованных нами супружеских пар сексуальная дезадаптация развилась в результате девиации полоролевого поведения мужчины — либо его трансформации, т. е. феминиинного поведения, либо гиперролевого, т. е. гипермаскулинного поведения.

Для мужчин с трансформацией полоролевого поведения были характерны мягкость, конформность, женский стиль поведения, пассивность, подчиняемость, заботливость. Половая жизнь при трансформации полоролевого поведения мужчины протекала неоднозначно. В одних случаях могли возникать трудности, особенно в начале половой жизни, которая начиналась поздно, петтинг обычно отсутствовал. У этих мужчин был игровой тип сексуальной мотивации, ослабленный тип половой конституции. В других случаях, встречавшихся реже, напротив, наблюдались раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, чаще с лицами, старшими по возрасту, нередко — мазохистские элементы в сексуальном поведении. Эти мужчины обычно принадлежали к среднему типу половой конституции.

Трансформация полоролевого поведения мужчины в зависимости от сочетания в паре приводила к возникновению позитивнодополняющего или негативнодополняющего супружества. В первом случае отмечался псевдогармоничный брак (при феминином поведении мужа и маскулинном — жены), во втором возникало дисгармоничное супружество (при феминином поведении мужа и нормальном или гиперролевом поведении жены).

Гипермаскулинное поведение у наших пациентов характеризовалось заострением мужских черт характера и проявлялось агрессивностью, стремлением к неформальному лидерству, предприимчивостью. В интимных отношениях для этих мужчин были характерны игнорирование ласк, безразличие к неудовлетворенности женщины, стремление при всех обстоятельствах получить оргазм.

В зависимости от сочетания девиации полоролевого поведения в паре гиперролевое поведение мужа или обоих супругов становилось причиной нарушения сексуальной гармонии или усугубляло ее. Сочетание гипермаскулинного и гиперфеминиинного поведения приводило к псевдогармоничному супружеству. Гипермаскулинное поведение мужа в сочетании с маскулинным поведением жены обусловливало дисгармоничный брак, к которому приводило и сочетание гипермаскулинного поведения мужа с нормальным полоролевым поведением жены.

При обследовании более чем у половины (54±8 %) мужчин выявлялись задержка полового развития и сочетанные асинхронии. У 12±5 % мужчин отмечалась бисексуальная ориентация. Тип сексуальной мотивации был большей частью гомеостабилизирующий, мотив полового акта — получение оргазма. Половая конституция у 54±8 % больных была слабой, но у 26±8 % — сильной. Сексуальное либидо оказалось достаточно выраженным, эротическое у большинства мужчин — слабо выраженным. Тип сексуальной культуры — невротический либо гиперролевой.

У данной группы супружеских пар, таким образом, имела место полоролевая форма сексуальной дезадаптации.

Проведенный нами анализ позволил установить определенную связь между формой невроза у мужчин и формой сексуальной дезадаптации супругов. Выявленные соотношения иллюстрируются данными таблицы.

Из представленных данных видно, что для неврастении наиболее характерна сексуально-эротическая форма дезадаптации, при истерическом неврозе чаще отмечаются коммуникативная и сексуально-эротическая формы, а у больных неврозом навязчивых состояний резко преобладает коммуникативная форма сексуальной дезадаптации.

Таблица

Зависимость формы сексуальной дезадаптации супружеской пары от формы невроза у мужа

Форма сексуальной дезадаптации	Формы невроза						Всего, n = 113	
	неврастения, n = 53		истерия, n = 28		невроз навязчивых состояний, n = 32			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Коммуникативная	16	30±6	11	39±9	14	44±9	41	36±4
Сексуально-эротическая	17	32±6	10	36±9	8	25±8	35	32±4
Конституциональная	12	23±6	3	11±6	5	16±7	20	18±3
Полоролевая	8	15±3	4	14±7	5	16±7	17	14±3

В целом обследование находившихся под нашим наблюдением супружеских пар показало, что каждая из форм сексуальной дезадаптации при неврозах у мужчин имеет свои причины, патопластические, усугубляющие дезадаптацию факторы и специфические проявления. При этом существует закономерная связь между формой невроза и формой возникающей при ней сексуальной дезадаптации. Это диктует необходимость системного подхода к диагностике и дифференцированной коррекции дезадаптивных форм сексуальной дисгармонии супружеской пары с учетом формы невроза у мужа.

Литература

1. *Маслов В. М., Ботиева И. Л., Васильченко Г. С.* Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология.— М.: Медицина, 1983. — С. 27—108.

2. *Щеглов Л. М.* Неврозы и сексуальные расстройства. — С.-Пб.: Латона, 1996. — 193 с.

3. *Свядощ А. М.* Неврозы. 3-е изд.— М.: Медицина, 1982.— 368 с.

4. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. 2-е изд.— М.: Медицина, 1990. — 576 с.

5. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Метод. пособие для врачей / Под ред. проф. В. В. Кришталя. — Сочи, 1988. — 118 с.

6. *Кришталь В. В.* Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. 1 всес. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7—9.

ON A SEXUAL DISADAPTATION AT DIFFERENT FORMS OF NEUROSIS IN MEN

S. V. Rozhkov

The Kharkiv Postgraduate Medical Institute
Kharkiv

On the basis of studying by system-structural analysis method 113 married couples with different forms of neurosis in husband four forms of sexual disadaptation were revealed (communicative, sexual-role, sexual-erotic and constitutional).

Causes, development conditions were shown, manifestation of different form of sexual disadaptation of spouses were described in detail at neurosis in men. A regular conjunction between the form of neurosis and the form of sexual disadaptation was revealed.

A necessity of the system approach was substantiated for diagnosis and differential correction of disadaptiv forms of sexual disharmony of married couples in which husband is suffering from neurosis.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПРИ ШИЗОИДНОЙ ПСИХОПАТИИ

А. Н. Скрипников

Полтавская медицинская стоматологическая академия
г. Полтава

Девиации психосексуального развития и сексуального поведения являются закономерным следствием дизонтогенеза нервной системы и психики при психопатии [1]. У больных шизоидной психопатией такие характерные для этой аномалии личности черты, как аутичность, патологическая замкнутость, робость, застенчивость, чрезмерная чувствительность и в то же время равнодушие, эмоциональная холодность, избирательная общительность, как правило, приводят к нарушению коммуникации [2—4]. Они часто приводят к нарушению супружеской гармонии и подрывают прочность брака [5]. Между тем нарушение сексуального здоровья при психопатии у мужчин мало изучено и эта проблема не нашла должного отражения в литературе.

Целью работы было исследование особенностей полового развития и сексуального поведения страдающих шизоидной психопатией мужчин и выяснение роли имеющихся нарушений в генезе сексуальной дисгармонии супругов.

Были обследованы 38 супружеских пар с сексуальной дисгармонией, в которых у мужей была диагностирована шизоидная психопатия. Исследование проводили методом системно-структурного анализа сексуального здоровья, который позволяет выявить особенности психосексуального развития и сексуальности, установить причины и механизмы развития сексуальной дисгармонии супружеской пары [6].

Возраст супругов составлял от 20 до 45 лет, продолжительность супружеской жизни 5—15 лет. Сексуальная дисгармония возникала у них с самого начала или на протяжении первых двух лет супружеской жизни.

Данные, полученные при изучении психосексуального развития мужчин показали, что осознание своей половой принадлежности и ее необратимости происходило у них правильно и в срок (в 2—4 года), тогда как фаза реализации этапа формирования полового самосознания в большинстве случаев запаздывала на 4—5 лет. Это проявлялось в позднем возникновении интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно-сексуальным играм, требующим различения своей принадлежности к соответствующему полу.

У некоторых больных интерес к половым различиям проявлялся рано, причем затруднения в выражении своих чувств при отсутствии необходимых навыков общения придавали их интересам рационалистический и вычурный характер.

В задержке психосексуального развития обследованных мужчин основную роль играли психопатологические особенности личности. Практически у всех больных уже в возрасте 2—4 лет можно было отметить нарушение игровой коммуникации со сверстниками и эмоциональной связи с родителями, черты аутичности, сочетавшиеся с робостью, застенчивостью, обидчивостью, избирательностью контактов, склонностью к собственным, мало понятным для окружающих играм. Довольно часто наблюдались игры с так называемым патологическим игровым перевоплощением (в животных, предметы, фантастических героев). Сверстники в такие игры, как правило, не допускались. В возрасте примерно 8—9 лет у мальчиков иногда транзиторно возникал феномен утраты сознания собственного пола. В течение периода от нескольких дней до двух недель они ощущали себя девочками, соответствующим образом вели себя и отзывались только на выбранные или придуманные ими самими женские имена.

Недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоциональных реакций по отношению к близким и сверстникам, характерные для шизоидной психопатии, уже на этапе формирования полового самосознания оказывали блокирующее или искажающее действие на становление сексуальности. Этап формирования стереотипа полоролевого поведения у всех больных отличался структурной сложностью и ретардацией. Асинхронии полового развития чаще всего были сочетанными.

Нормативное полоролевое поведение практически все мужчины интериоризировали фрагментарно или формально. Типологические личностные характеристики и формы поведения больных, затрудняющие ролевую и статусную адаптацию в среде сверстников, доминирование в структуре личности больных аутических радикалов, отсутствие подлинной заинтересованности в общении приводили к нарушению процесса социализации, в том числе и ее полоролевых аспектов. В результате подростки воспринимались окружающими как "странные", "инакие", и это в еще большей степени усиливало их аутичность и затрудняло реализацию установок данного этапа психосексуального развития.

Перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки при качественно ином уровне гормонального обеспечения, наблюдавшийся примерно у 1/3 мужчин, приводил к фиксации неадекватных форм реализации либидо и формированию гомосексуальной его направленности. Гомосексуальное поведение было ситуационным и носило транзиторный характер.

Дефекты развития на указанных этапах становились наиболее заметными на этапе формирования психосексуальной ориентации. Эмоциональная неадекватность, неспособность и нежелание войти в мир другого, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств, некоммуникабельность, особенно с лицами противоположного пола, в большинстве случаев влекли за собой длительную задержку на фазе выработки установки этапа формирования сексуального либидо. У больных наблюдалась мастурбация с характерным для шизоидной психопатии ярким, образным фантазированием. Нередкими были также элементы визионизма.

Реализация эротических фантазий у мужчин, страдающих шизоидной психопатией, оказывалась очень затрудненной. У части наших пациентов платоническая влюбленность отличалась стойкостью, приобретая со временем все более оторванный от реальности характер. Внешне они производили впечатление асексуальных, что объяснялось в основном неспособностью адекватно выразить свои чувства. Многие мужчины мастурбировали в браке с образным представлением самых немыслимых эротических сцен, практикуя мастурбацию параллельно с нормальной половой жизнью. У части больных мастурбация сочеталась с идеями виновности, онанофобическими и дисморфоманическими переживаниями, что служило дополнительным дисгармонирующим фактором в супружеских отношениях.

Гетеросексуальные контакты протекали у большинства мужчин (59±5 %) с различными перверзными элементами. Отсутствие практических навыков перехода от платонического общения к эротическому и сексуальному, неадекватность самовосприятия в условиях эротического контакта, нарушение коммуникабельности, формальное усвоение роли взрослого сексуального партнера, инфантильность сексуальных установок приводили к полной или частичной сексуальной неадекватности мужчин.

Тип половой конституции обследованных нами больных шизоидной психопатией был в основном средний.

У подавляющего большинства супругов отмечалась низкая осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни. Тип сексуальной мотивации больных, чаще всего гомеостабилизирующий или шаблонно-регламентированный, также не способствовал сексуальной гармонии супружеской пары, как и наиболее частый мотив полового акта — получение оргазма, и невротический тип сексуальной культуры. Уровень социально-психологической адаптации супругов снижало и довольно часто встречавшееся неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины.

У всех супружеских пар были выявлены негативно-дополняющий и антагонистический варианты дисгармоничного типа супружества.

Таким образом, проведенное исследование показало, что развитие сексуальной дисгармонии при шизоидной психопатии у мужчин обусловливается имеющимися у них нарушениями психосексуального развития и связанными с этой патологией особенностями личности и сексуального поведения.

Литература:

1. *Маслова В. М., Ботиева И. Л., Васильченко Г. С.* Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология. — Москва: Медицина, 1983. — С. 27—108.

2. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Ленинград: Медицина, 1977. — 208 с.

3. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика.— Москва: Медгиз, 1933.— 186 с.

4. *Crooks R., Baur K.* Our Sexuality. — The Benjamin Cummings Publishing Company, 1990. — 850 p.

5. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Уч. пособие. — Сочи, 1988. — 118 с.

6. *Кришталь. В. В.* Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. I всес. конф. сексопатологов. — Москва, 1986. — С. 7—9.

PECULIARITIES OF BEGINNING SEXUALITY AND SEXUAL BEHAVIOUR OF MEN AT SCHIZOID PSYCHOPATHY

A. N. Skripnikov

Poltava Medical Stomatological Academy
Poltava

38 married couples with sexual disharmony were under investigation, in which husbands were ill at schizoid psychopathy. An inspection with the help of the method of system-structural analysis of sexual health allowed to reveal specific particulars of beginning sexuality and sexual behaviour of men at this anomaly of personality.

A disorder of pace of psycho-sexual development and peculiar to this pathology features of personality, which determine sexual behaviour of patients, were shown to be the main cause of developing sexual disharmony of spouses at schizoid psychopathy in men.

СОМАТО-ПСИХИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ У ШАХТЕРОВ — УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ

С. В. Титиевский

Донецкий государственный медицинский университет
г. Донецк

В настоящее время является дискуссионным взаимоотношение функциональных и органических (предположительно связанных с воздействием радиации) нарушений в клинике психических расстройств у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы, в том числе — участников ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) — ликвидаторов (Александровский Ю. А., 1998; Гуськова А. К., 1998; Гуськова А. К., Шакирова И. Н., 1989; Нягу А. И., Логановский К. Н., 1997; Холодова Н. Б. и соавт., 1996; Чуприков А. П., 1993). Обобщающая характеристика указанных психических нарушений, как представляется, может способствовать преодолению затруднений в определении их генеза. В данной связи важная роль принадлежит клинико-статистическому анализу, в частности, установлению корреляционных связей психических расстройств с показателями, всесторонне характеризующими ликвидаторов, в особенности их соматическое здоровье, поскольку это даст возможность выявить значимость радиационного фактора для организма пострадавших в целом.

На протяжении 1988—1998 гг. с помощью специально разработанной клинико-эпидемиологической карты обследованы 306 ликвидаторов (в основном шахтеров), находившихся на лечении, либо проходивших стационарную экспертизу в различных лечебно-профилактических учреждениях г. Донецка. Изучались клинические, параклинические (включая экспериментально-психологические) показатели, а также данные социально-демографического характера. Исследование проводилось в 2 этапа: в 1988—1992 гг. (изучены 186 чел.) и в 1992—1998 гг. (комплексно обследованы 120 чел.). Длительность пребывания в зоне аварии обследованных на 1-м и 2-м этапах достоверно не отличалась, находясь в пределах от 5 до 180 дней (в среднем соответственно 64,14 дня и 67,92 дня). Указанная эквивалентная доза радиационного облучения в среднем также не обнаружила достоверных отличий в упомянутых группах ликвидаторов: 0,1345 Зв на первом этапе и 0,1470 Зв — на втором. Тем не менее, установлена негативная динамика психического состояния участников ЛПА на ЧАЭС, выразившаяся в изменении структуры выявленных у данного контингента пострадавших психопатологических симптомокомплексов за счет возникновения астенического и дементного вариантов психоорганического синдрома (включающего в свою структуру различной степени выраженности аффективные, личностные, интеллектуально-мнестические нарушения), что свидетельствует в пользу радиации как основной причины описанного клинического патоморфоза.

Настоящая работа основана на исследовании показателей как потенциально радиационного, так и нерадиационного характера, характеризующих психическое и соматическое состояние шахтеров, принимавших участие в ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы и страдающих пограничными психическими расстройствами. Ниже обсуждаются результаты статистической обработки полученных данных на основе непараметрических методов корреляционного анализа (Кендэлл М., 1976; Хеттсманпергер Т., 1987; Холлендер М., Вулф Д., 1983).

Астено-невротический синдром (табл. 1) обнаружил достоверную отрицательную связь с длительностью и годом пребывания на ЧАЭС, и положительную связь — с наличием в анамнезе нейроинфекций, диффузными органическими неврологическими нарушениями, остаточными явлениями перенесенной травмы головного мозга, наличием психотравмы, не связанной с ЛПА на ЧАЭС, наследственной отягощенностью психическими расстройствами, обращениями за психиатрической помощью после работы в зоне ЧАЭС и рядом соматических заболеваний: циррозом печени, диффузным зобом (в первую очередь — за счет диффузного зоба 2 степени), гипертонической болезнью 2 стадии, хроническим бронхитом, ишемической болезнью сердца (ИБС), за счет атеросклеротического кардиосклероза, а также сахарным диабетом.

Клинически в наибольшей степени с астено-невротическим синдромом были связаны раздражительная слабость, головокружение, дрожь при нервном возбуждении, преувеличение тяжести своего состояния ипохондрического характера.

При экспериментально-психологическом обследовании обнаружена связь наличия астено-невротического синдрома с повышением показателей шкал 2 ("депрессии", "пессимистичности") теста СМИЛ и 4 ("асоциальной психопатии", "импульсивности") теста СМОЛ, что, вероятно, объясняет высокую достоверность корреляции данного расстройства со степенью нарушений взаимоотношений в семье после ЛПА на ЧАЭС.

Астенический синдром (табл. 2) был положительно связан с длительностью пребывания в зоне ЧАЭС, среднемесячным доходом, жилищными условиями ликвидаторов и клинически характеризовался преимущественно обилием жалоб, не соответствующих объективному состоянию, и повышенной назойливостью в беседе с врачом о состоянии собственного здоровья. При этом экспериментально-психологическое исследование отметило тенденцию к снижению показателей шкал 1 ("ипохондрии", "сверхконтро-

ля"), 2 ("депрессии", "пессимистичности"), 3 ("истерии", "эмоциональной лабильности"), 6 ("параноидности", "ригидности"), 7 ("психастении", "тревожности"), 8 ("шизоидности", "индивидуалистичности") теста СМОЛ, что, по всей видимости, объясняет связь наличия астенического синдрома, в отличие от астено-невротического, с большей адаптивностью семейных отношений после ЛПА на ЧАЭС.

Астено-депрессивный синдром (табл. 3) достоверно коррелировал с низкими доходами и худшими жилищными условиями пострадавших, невысоким уровнем образования, употреблением алкоголя, а также отсутствием ЭЭГ-изменений, при наличии диагнозов хронических гастрита и гастродуоденита, хронического калькулезного холецистита.

Таблица 1

Показатели, связанные с наличием астено-невротического синдрома у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	Ф	p
1	Нейроинфекции в анамнезе	0,31	0,01	0,31	0,0003
2	Наследственная отягощенность психическими расстройствами	0,31	0,01	0,31	0,0002
3	Психотравма, не связываемая с ЛПА на ЧАЭС	0,26	0,005	0,26	0,00004
4	Год работы по ЛПА на ЧАЭС	–0,17	0,05	–0,16	0,008
5	Длительность работы по ЛПА на ЧАЭС	–0,20	0,03	–0,17	0,006
6	Нарушение взаимоотношений в семье после ЛПА на ЧАЭС	0,29	0,001	0,28	0,000005
7	Частота обращений за психиатрической помощью после ЛПА на ЧАЭС	0,29	0,02	0,29	0,0007
8	Раздражительная слабость	0,25	0,006	0,24	0,0001
9	Дрожь, возникающая при нервном возбуждении	0,18	0,04	0,18	0,004
10	Преувеличение тяжести своего состояния	0,27	0,003	0,26	0,00003
11	Головокружение	0,24	0,007	0,23	0,0001
12	Диффузные органические неврологические нарушения	0,23	0,003	0,23	0,002
13	Остаточные явления перенесенной травмы головного мозга	0,23	0,04	0,23	0,002
14	Цирроз печени	0,23	0,04	0,23	0,002
15	Диффузный зоб	0,21	0,05	0,21	0,005
16	Диффузный зоб 2 степени	0,33	0,002	0,33	0,000006
17	Гипертоническая болезнь 2 стадии	0,23	0,03	0,23	0,002
18	Хронический бронхит	0,22	0,04	0,22	0,002
19	ИБС (в целом)	0,32	0,003	0,32	0,00002
20	ИБС, атеросклеротический кардиосклероз	0,32	0,003	0,32	0,00002
21	Сахарный диабет	0,23	0,04	0,23	0,002
22	Шкала 2 (тест СМИЛ)	0,36	0,01	0,30	0,002
23	Шкала 4 (тест СМОЛ)	0,32	0,02	0,27	0,004

Таблица 2

Показатели, связанные с наличием астенического синдрома у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	ф	p
1	Длительность работы по ЛПА на ЧАЭС	0,18	0,05	0,14	0,02
2	Среднемесячный доход	0,33	0,01	0,28	0,002
3	Жилищные условия (количество кв. метров на 1 члена семьи)	0,34	0,01	0,33	0,0002
4	Повышенная назойливость в беседе о состоянии собственного здоровья	0,28	0,03	0,28	0,001
5	Обилие жалоб, не соответствующих объективному состоянию	0,38	0,002	0,38	0,00002
6	Шкала 1 (тест СМОЛ)	–0,33	0,02	–0,28	0,003
7	Шкала 2 (тест СМОЛ)	–0,44	0,001	–0,37	0,00009
8	Шкала 3 (тест СМОЛ)	–0,35	0,01	–0,30	0,002
9	Шкала 6 (тест СМОЛ)	–0,30	0,03	–0,25	0,007
10	Шкала 7 (тест СМОЛ)	–0,43	0,001	–0,37	0,0001
11	Шкала 8 (тест СМОЛ)	–0,41	0,002	–0,35	0,0002

Таблица 3

Показатели, связанные с наличием астено-депрессивного синдрома у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	ф	p
1	Ухудшение социально-трудового статуса	0,27	0,04	0,26	0,002
2	Образовательный уровень	–0,28	0,03	–0,25	0,004
3	Среднемесячный доход	–0,30	0,02	–0,25	0,005
4	Жилищные условия (количество кв. метров на 1 члена семьи)	–0,25	0,05	–0,22	0,01
5	Употребление алкоголя	0,22	0,05	0,16	0,008
6	Чувство усталости	0,22	0,02	0,21	0,0006
7	Пониженное настроение	0,30	0,001	0,28	0,000005
8	Неприятные физические ощущения, связанные с плохим настроением	0,18	0,05	0,17	0,005
9	Суицидальные мысли	0,20	0,03	0,20	0,001
10	Страх последствий воздействия радиации	0,32	0,0004	0,30	0,000001
11	Условная желательность страдания	0,39	0,002	0,38	0,00002
12	Рентные установки	0,18	0,05	0,17	0,005
13	Преувеличение тяжести своего состояния	0,24	0,008	0,23	0,0002
14	Повышенная фиксация внимания на собственном здоровье	0,28	0,002	0,27	0,00001
15	Парестезии	0,27	0,04	0,25	0,004
16	Сонливость в дневное время	0,25	0,006	0,24	0,0001
17	ЭЭГ-нарушения	–0,24	0,004	–0,24	0,002
18	Хронические гастрит и гастродуоденит	0,25	0,02	0,25	0,0008
19	Хронический калькулезный холецистит	0,25	0,02	0,25	0,0009

Клинически с астенодепрессивным синдромом достоверно связано наличие чувства усталости, пониженного настроения, неприятных физических ощущений, возникающих при пониженном настроении, парестезий, суицидальных мыслей, нарушений сна, страха последствий воздействия радиации, условной желательности страдания, рентных установок, ипохондрических проявлений (преувеличения тяжести своего состояния, повышенной фиксации внимания на собственном здоровье). Указанные нарушения объективно повлияли на положительную корреляцию астенодепрессивного синдрома с ухудшением социально-трудового статуса (в первую очередь — трудоспособности) обследованных.

Астенический вариант психоорганического синдрома (табл. 4) обнаружил достоверную связь с перенесенными черепно-мозговыми травмами в анамнезе, а также наличием диагноза диффузного зоба 1—2 степени. При этом клинически психическому расстройству не соответствовали выраженные неврологические нарушения при наличии, в то же время, корреляции с частотой пароксизмов с потерей сознания, а также интеллектуально-мнестическими изменениями (замедлением умственной деятельности, снижением побуждения к деятельности).

Таблица 4

Показатели, связанные с наличием астенического варианта психоорганического синдрома у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	ф	p
1	Черепно-мозговые травмы в анамнезе	0,30	0,01	0,30	0,0003
2	Замедление умственной деятельности	0,33	0,009	0,31	0,0004
3	Снижение побуждения к деятельности	0,35	0,005	0,33	0,0001
4	Пароксизмы с потерей сознания	0,23	0,01	0,22	0,0003
5	Диффузный зоб 1—2 степени	0,27	0,01	0,27	0,0003
6	Шкала 1 (тест СМОЛ)	0,24	0,05	0,22	0,02
7	Шкала 2 (тест СМОЛ)	0,34	0,01	0,28	0,003
8	Шкала 6 (тест СМОЛ)	0,21	0,06	0,19	0,0499
9	Шкала 7 (тест СМОЛ)	0,25	0,05	0,23	0,02
10	Шкала 8 (тест СМОЛ)	0,22	0,06	0,20	0,04

Экспериментально-психологически астенический вариант психоорганического синдрома был связан у испытуемых с повышением показателей шкал 1 ("ипохондрии", "сверхконтроля"), 2 ("депрессии", "пессимистичности"), 6 ("паранойдности", "ригидности"), 7 ("психастении", "тревожности"), 8 ("шизоидности", "индивидуалистичности") теста СМОЛ.

Дементный вариант психоорганического синдрома (табл. 5) достоверно коррелировал с наличием ЭЭГ-изменений, приступов с потерей сознания, на фоне отсутствия достоверной связи с выявлением органической неврологической симптоматики. Клинически данному расстройству соответствовали фобические (нозофобии, страх смерти), ипохондрические (преувеличение тяжести своего состояния) проявления, а также комплекс психопатологических симптомов, свидетельствующих о наличии органического поражения головного мозга (ухудшение внимания, восприятия прочитанного материала, замедление умственной деятельности, затруднение формулирования мысли, снижение побуждения к деятельности, слабодушие). Из соматических заболеваний отмечена корреляция с хроническими колитом, энтеритом и энтероколитом, с преобладанием запоров.

Таблица 5

Показатели, связанные с наличием дементного варианта психоорганического синдрома у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	ф	p
1	Нозофобии	0,19	0,04	0,18	0,003
2	Страх смерти	0,24	0,009	0,23	0,0002
3	Ухудшение внимания	0,32	0,01	0,30	0,0005
4	Ухудшения восприятия прочитанного	0,29	0,02	0,28	0,001
5	Замедление умственной деятельности	0,34	0,007	0,32	0,0002
6	Затруднение формулирования мысли	0,35	0,006	0,33	0,0002
7	Снижение побуждения к деятельности	0,27	0,03	0,25	0,004
8	Слабодушие	0,29	0,02	0,28	0,001
9	Приступы с потерей сознания	0,19	0,04	0,18	0,004
10	ЭЭГ-нарушения	0,28	0,01	0,28	0,0003
11	Запоры	0,33	0,0002	0,32	0,000001
12	Хронические колит, энтерит и энтероколит	0,24	0,03	0,24	0,001

Невротические реакции (табл. 6) характеризовала связь с высоким уровнем образования, субъективно высоко оцениваемой степенью нервно-психического напряжения на производстве, а также наличием пароксизмальных вегетативных нарушений смешанного типа, диагнозов хронических гепатита, холангиогепатита и гепатохолецистита (с преимущественными проявлениями в виде тошноты, нарушения аппетита).

Астено-ипохондрический синдром (табл. 7) характеризовала положительная корреляционная связь с указанной дозой радиационного облучения, на фоне наличия клинических признаков сердечно-сосудистых нарушений, диагнозов гипертонической болезни 2 стадии, ишемической болезни сердца (атеросклеротического кардиосклероза и стенокардии напряжения).

Таблица 6

Показатели, связанные с наличием невротических реакций у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	ф	p
1	Образовательный уровень	0,28	0,03	0,26	0,003
2	Среднемесячный доход	0,20	0,06	0,18	0,04
3	Уровень нервно-психического напряжения на производстве	0,25	0,06	0,23	0,01
4	Тошнота	0,18	0,04	0,18	0,004
5	Нарушение аппетита	0,19	0,04	0,18	0,003
6	Пароксизмальные вегетативные нарушения смешанного типа	0,39	0,0002	0,39	0,000001
7	Хронические гепатит, холангиогепатит и гепатохолецистит	0,30	0,006	0,30	0,00006

Таблица 7

Показатели, связанные с наличием астено-ипохондрического синдрома у участников ЛПА на ЧАЭС (достоверные результаты корреляционного анализа)

№ п/п	Показатель	Корреляции по Спирмену		Корреляции по Кендэллу	
		R	p	ф	p
1	Указанная доза радиационного облучения	0,20	0,04	0,17	0,01
2	Клинические проявления сердечно-сосудистой патологии	0,22	0,04	0,22	0,002
3	Гипертоническая болезнь 2 стадии	0,31	0,004	0,31	0,00003
4	ИБС, атеросклеротический кардиосклероз	0,26	0,02	0,26	0,0005
5	ИБС, стенокардия напряжения	0,39	0,0002	0,39	0,000001

Таким образом, установлены следующие виды зависимости между психопатологическими синдромами и органической (соматической) патологией у участников ЛПА на ЧАЭС, которые могут быть обозначены как сомато-психические комплексы. Астено-невротический синдром связан с наличием цирроза печени, диффузного зоба 2 степени, гипертонической болезни 2 стадии, хронического бронхита, сахарного диабета, ИБС в форме атеросклеротического кардиосклероза, а также резидуальными диффузными органическими неврологическими нарушениями (предположительно связанными как с воздействием радиационного фактора, так и с последствиями перенесенных травм головного мозга и нейроинфекций). Астенический синдром при корреляционном анализе не обнаружил связи с органической патологией, завися, в основном, от психогенных, связанных с жизнью участников ЛПА на ЧАЭС, факторов. Астено-депрессивный синдром коррелировал с наличием хронических гастрита и гастродуоденита, хронического калькулезного холецистита. Астенический вариант психоорганического синдрома обнаружил связь с перенесенными травмами головного мозга, а также диагнозом диффузного зоба 1—2 степени. Дементный вариант психоорганического синдрома коррелировал с признаками органического поражения головного мозга (предположительно радиационного характера), на фоне проявлений заболеваний кишечника. Невротические реакции были характерны для больных с наличием вегето-сосудистых пароксизмов, а также патологии печени. Астено-ипохондрический синдром развивался на фоне сердечно-сосудистых расстройств, при явной зависимости от радиационного фактора. Следует указать, что в целом значимость радиационного воздействия в развитии каждого из перечисленных сомато-психических комплексов у шахтеров-ликвидаторов требует дальнейших уточнений.

Выводы:

1. У всех обследованных шахтеров — участников ЛПА на ЧАЭС обнаружены психопатологические нарушения различной степени тяжести.

2. С помощью корреляционного анализа установлена связь ряда показателей, характеризующих ликвидаторов, в частности, состояние их соматического здоровья, с наличием тех или иных психопатологических нарушений.

3. Выделены варианты сомато-психических комплексов, включающих в свою структуру различные психопатологические синдромы.

4. Наибольшее количество корреляций с органической (соматической) патологией характерно для астено-невротического синдрома.

Литература:

1. *Александровский Ю. А.* Социально-стрессовые расстройства у пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС// Материалы 2-й Международной конференции "Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы". — Киев, 1998.— С. 434—435.

2. *Гуськова А. К.* Нервная система человека, вовлеченного в радиационную аварию: дозы-эффекты в отдаленные сроки // Материалы 2-й Международной конференции "Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы". — Киев, 1998. — С. 220—221.

3. *Гуськова А. К., Шакирова И. Н.* Реакция нервной системы на повреждающее ионизирующее излучение // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1989.— Т. 89.— № 2.— С. 138—142.

4. *Кендэлл М.* Ранговые корреляции. — М.: Статистика, 1975. — 212 с.

5. *Нягу А. И., Логановский К. Н.* Изменения в нервной системе при хроническом воздействии ионизирующего излучения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97.— № 2.— С. 62—70.

6. *Хеттсманпергер Т.* Статистические выводы, основанные на рангах. — М.: Финансы и статистика, 1987. — 334 с.

7. *Холлендер М., Вулф Д.* Непараметрические методы статистики. — М.: Финансы и статистика, 1983. — 518 с.

8. *Холодова Н. Б., Кузнецова Г. Д., Зубовский Г. А., Казакова П. Б., Буклина С. Б.* Отдаленные последствия лучевого воздействия на нервную систему // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1996.— Т. 96.— № 5.— С. 29—33.

9. *Чуприков А. П.* Спорные вопросы радиационной психиатрии // Вопросы радиационной психиатрии. — Киев, 1993.— С. 2—5.

SOMATO-PSYCHICAL CORRELATIONS OF PSYCHOPATHOLOGIC MANIFESTATIONS IN MINERS-CHERNOBYL ACCIDENT CONSEQUENCES CLEANING UP PARTICIPANTS

S. V. Titievsky

Donetsk State Medical University

Donetsk

Aim of the investigation to study the correlation of mental pathology with manifestations which characterise the physical health and social status of miners — Cernobyl accident consequences cleaning up participants, making more precise the possible role of radiation and non-radiation factors in the forming of such correlation.

It were studied 306 liquidators, mainly miners, with borderline mental disorders. Clinical, experimental-psychological, functional-diagnostic statistical (correlation analysis) method of investigation were used.

It was determined the correlation between the appearance of asthenic, asthenjneurotic, asthenodepressive, asthenohypochondriac, psychoorganical syndromes, neurotic reactions and the presence of different complexes of manifestations which characterise the physical health and social status of miners-liquidators.

It's possible to consider that the structure of somato-psychical pathological complexes, which revealed in miners-liquidators, is the specific manifestation of remote consequences of the Chernobyl catastrophe for the health of such category of injured persons.

ДИНАМІКА ТРАНСПОРТУЮЧИХ СИСТЕМ ЕРИТРОЦИТАРНИХ МЕМБРАН КРОВІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ В ПРОЦЕСІ ТЕРАПІЇ

І. Й. Влох, Б. В. Кулик, І. Ю. Байса, Л. В. Животовська, Л. А. Крижанівська, Ю. М. Даниленко

Львівський державний медичний університет
м. Львів

Психічна діяльність, робота центральної нервової системи, генерування і проведення нервового імпульсу повністю залежать від транспорту іонів через мембрану нейрону, електрохімічних градієнтів Na^+ і K^+. Дослідженнями на еритроцитах виявлено, що при шизофренії ці процеси порушені [1]. Зокрема встановлено, що найбільш розповсюджені порушення іонного гомеостазу зводяться до надлишкового накопичення в еритроцитах іонів Na^+ і Ca^{++}, посиленого транспорту іонів K^+ у позаклітинне середовище, зниження коефіцієнта K^+ і/Na^+ і, Na^+е/Na^+ і, K^+ і/K^+е [2, 3, 4]. Однак, повністю відсутні дані про механізми виникнення іонної мембранопатії при цьому захворюванні, не встановлено, які саме шляхи іонного транспорту набувають невластиві їм характеристики.

Перераховані обставини стали обґрунтуванням до виконання даної роботи, мета якої полягала у вивченні в еритроцитах хворих на параноїдну шизофренію оуабаїн-чутливої і оуабаїн-резистентної систем транспорту Na^+ і K^+ і у визначенні їх ролі у виникненні іонної мембранопатії.

Дослідження виконані у 92 хворих на безперервно-прогредієнтну і приступоподібно-прогредієнтну шизофренію, а також у 7 хворих на шизофренію з вираженим апато-абулічним дефектом. Група порівняння складалась з 30 гематологічно і психічно здорових осіб.

Еритроцитарні мембрани отримували методом сапонінового лізису. Визначення в них активності сумарної і Mg-АТФази проведено за приростом неорганічного фосфату в інкубаційних середовищах відповідного складу, Na,K-АТФази — шляхом відрахування активності Mg-АТФази від сумарної АТФази, визначеної в присутності оуабаїну. Вміст Na^+ і K^+ в еритроцитах і інкубаційних середовищах встановлено на фотометрі моделі Carl Zeiss, Jena. Вивчення скерованого назовні оуабаїн-резистентного і оуабаїн-резистентного фуросемід-чутливого транспорту Na^+ і K^+ здійснювали у свіжих еритроцитах шляхом інкубації оуабаїн-отруєних клітин у безнатрієвому і безкалієвому Mg Cl_2-сахарозному середовищі в присутності фуросеміду і при його відсутності [5]. При аналізі отриманих даних використовували стандартні методи варіаційної статистики.

В еритроцитарних мембранах більшості хворих, за якими вели спостереження, встановлена достатня стабільність натрієвого насосу, за допомогою якого здійснюється протиградієнтна активна екструзія Na^+: величини активності Na, K-АТФази знаходились в межах 2,8—3,2 мкМ Рн / 1 мг белка-1 . 1 год-1 і достовірно не відрізнялись від таких в групах порівняння. Співставлення отриманих результатів з даними літератури, які свідчили про істотні зміни концентраційних градієнтів на еритроцитарних мембранах у хворих шизофренією послужило в нашій роботі обґрунтуванням для висновку, згідно якого іонний перерозподіл, що спостерігався по обидва боки еритроцитарних мембран, супроводжується модуляцією оуабаїн-чутливого транспорту Na^+. Нами передбачено, що явища іонної мембранопатії в даній ситуації пов'язані зі змінами інших складових нетто-потоку вказаного іону, а власне фуросемід-чутливого Na/K-котранспорту.

Фуросемід-чутлива компонента транспорту іонів розраховується як різниця між потоками у відсутності даного інгібітора і в його присутності. Її діяльність є результатом поступового переходу від скерованого на зовні спряженого Na/K-котранспорту (при перебуванні клітин в Na- та K-вільному середовищі) до іон-обмінної дифузії (в процесі їх інкубації в середовищах з фізіологічними концентраціями Na^+ та K^+). Визначення цієї компоненти можливе тільки в присутності у середовищах потоку оуабаїну в концентрації не менш 0,2 мМ, що дозволяє паралельно розраховувати величину оуабаїн-резистентної фракції.

Дослідженням оуабаїн-резистентного і оуабаїн-резистентного фурасемід-чутливого виходу Na^+ і K^+ з еритроцитів хворих параноїдною шизофренією виявлено різке посилення транслокації іонів обома шляхами, про що свідчило інтенсивне накопичення цих іонів в інкубаційному Na,K-вільному середовищі.

Порівняльним аналізом не виявлено відмінностей в характеристиках досліджуваних транспортних шляхів в еритроцитах хворих приступоподібно-прогредієнтною і безперервно-прогредієнтною параноїдною шизофренією. Особливості транспорту іонів з еритроцитів хворих з апато-абулічним дефектом полягали в достатній стабільності оуабаїн-резистентного фурасемід-чутливого виходу K^+ при збільшенні оуабаїн-резистентної фракції нетто-потоку цього іону і суттєвому посиленні виходу Na^+.

Таким чином, у хворих параноїдною шизофренією порушення іонограми крові супроводжуються активацією оуабаїн-резистентного і оуабаїн-резистентного фуросемід-чутливого шляхів іонного транспорту.

Вивчення кінетичних характеристик спрямованого з еритроцитів транспорту іонів, який здійснюється завдяки оуабаїн-резистентних механізмів, проведено шляхом співставлення результатів відносного збільшення концентрації K і Na^+ в середовищах потоку з одним (оуабаїн) і двома (оуабаїн + фуросемід) інгібіторами в однакові часові моменти інкубації, а також на 40-й, 60-й, 80-й хв. інкубації у

порівнянні з такою на 20-й хв. інкубації. Врахована також ступінь пригнічення іонних потоків обома транспортними інгібіторами.

В еритроцитах донорів збільшення інтенсивності виходу Na^+ в присутності фуросеміда відбувається більш виражено, ніж при його відсутності. У хворих на приступоподібно-прогредієнтну параноїдну шизофренію виявлено протилежне явище — більш інтенсивне зростання концентрації вказаного іону в середовищі інкубації при відсутності фуросеміду. Характеристикою для еритроцитів даної групи хворих є різке зменшення чутливості скерованого назовні Na-виходу до інгібуючого впливу фуросеміду. В еритроцитах донорів цей процес пригнічується фуросемідом на 50—55 %, а в еритроцитах хворих приступоподібно-прогредієнтною параноїдною шизофренією — лише на 15 %. Ця особливість оуабаїн-резистентних транспортних шляхів характерна і для еритроцитів хворих безперервно-прогредієнтною параноїдною шизофренією. Крім цього, як і у випадку з приступоподібно-прогредієнтною параноїдною шизофренією, інгібуюча дія фуросеміду на вихід Na^+ проявлялась слабо.

Різко виражені зміни параметрів оуабаїн-резистентного транспорту Na^+ виявлені в еритроцитах хворих з апато-абулічним дефектом. Вони полягали в повній відсутності чутливості до пригнічуючої дії фуросеміду на направлений назовні вихід Na^+.

В еритроцитах всіх груп хворих, які знаходились під спостереженням, до початку лікування не виявлено достовірних змін у чутливості направленого назовні виходу K^+ до дії фуросеміду.

Таким чином, аналіз змін параметрів оуабаїн-резистентного і оуабаїн-резистентного фуросемід-чутливого виходу Na^+ і K^+ вказує на наявність суттєвих модуляцій даних іон-транспортуючих механізмів. Напрям зсувів оуабаїн-резистентних потоків свідчить про прагнення клітини уникнути іонного перевантаження і вказує на компенсаторний характер змін.

Встановлена кореляція між активністю Na, K-АТФази і оуабаїн-резистентними шляхами направленого назовні Na^+ і K^+. Виявлено достовірний від'ємний зв'язок між Na, K-АТФазною активністю і оуабаїн-резистентним фуросемід-чутливим виходом Na^+ в еритроцитах у хворих приступоподібно-прогредієнтною параноїдною шизофренією ($r=-0,59$). Від'ємна кореляція двох параметрів дозволяє припустити, що в еритроцитах хворих даної групи оуабаїн-резистентний фуросемід-чутливий вихід Na^+ регулює активність натрієвого насосу, а останній, в свою чергу, визначає швидкість цього процесу. Дане співвідношення можна розглядати як фізіологічний параметр.

Терапія хворих шизофренією нейролептичним препаратом лепонексом було зумовлене високою клінічною ефективністю, а також даними літератури за здатність підвищувати метаболізм дофаміну і серотоніну в мозковій тканині [6]. Це давало підставу припустити, що такого роду рецепторно-трансмітерні зміни повинні викликати відповідні морфофункціональні модуляції, в тому числі зміни в мембранах.

З метою ліквідації впливу попереднього лікування курсова терапія лепонексом починалася після 2-тижневої перерви в лікуванні, протягом якої хворі не отримували психотропних засобів та кардіотонічних стероїдів, лікування проводили протягом місяця, в дозі від 50 до 550 мг. Лепонекс призначався внутрішньо двічі на день.

У процесі лікування хворих шизофренією зміни АТФазної активності полягали в наступному. В еритроцитах хворих на безперервно-прогредієнтну шизофренію виявлено часткове зняття надлишкової активності Mg-АТФази на 16—20 день лікування. Проте виявлена тенденція до стабілізації еритроцитарних мембран виявилася нетривалою. На дальших етапах лікування повторно відзначено зростання активності сумарної та Mg-АТФази. В процесі терапії лепонексом були відсутні зміни зі сторони оуабаїн-чутливої фракції іонного транспорту, що не дозволяє віднести вказану іон-транспортуючу систему до механізмів, які сприяють відновленню порушеного іонного гомеостазу при даному захворюванні. В еритроцитарних мембранах лікованих лепонексом хворих на приступоподібну параноїдну шизофренію виявлено послаблення характерної для цієї групи активації оуабаїн-резистентних іон-транспортуючих шляхів. Лише з боку оуабаїн-резистентного фуросемід-чутливого виходу Na^+ зберігалося його посилення.

У хворих на параноїдну шизофренію з апато-абулічним дефектом продовжував зберігатися посилений вихід Na^+ шляхом Na/K-котранспорту.

Таким чином, лікувальна дія препарату, яка клінічно проявлялася з 14—16 дня терапії редукцією виражених психічних розладів, проявлялася паралельно із зниженням активності Mg-АТФази та послабленням надлишкової інтенсивності оуабаїн-резистентних іон-транспортуючих шляхів.

Отримані в даному дослідженні результати дозволяють зробити наступні висновки. Зсуви іонограми крові у хворих шизофренією не відбиваються на параметрах активної екструзії Na^+ із еритроцитів. При даному захворюванні виникають компенсаційні зміни оуабаїн-резистентного транспорту Na^+ і K^+, які сприяють підтримці оптимального іонного складу крові. Включення механізмів оуабаїн-резистентного фуросемід-чутливого транспорту Na^+ і K^+ в трансмембранному русі іонів здійснюється шляхом змін його кінетичної характеристики. Глибина змін оуабаїн-резистентного фуросемід-чутливого виходу Na^+ з еритроцитів хворих параноїдною шизофренією відповідає важкості захворювання. Виявлено стабілізуючий вплив лепонексу на мембрани еритроцитів хворих на параноїдну шизофренію.

Література:

1. *Зубарашвили З. А., Мирзахи Л. М., Джинчарадзе М. М. и др.* Некоторые электрические показатели мембран эритроцитов крови больных шизофренией // Ж. невропатол. и психиатр. —1985. — Т. 85. — Вип. 5.— С. 89—95.

2. *Влох И. И., Мороз А. М.* Роль катионного состава крови и активности Ca^{++}, Mg^{++}-АТФази эритроцитарных мембран в терапии параноидной шизофрении // Пробл. патологии в эксперименте и клинике. — Львов, 1985. — Вип. 7. — С. 119—120.

3. *Зурабашвили З. А., Гиаури Н. К., Макаридзе Н. Г.* Некоторые физические особенности эритроцитов крови больных шизофренией в клинике функционального состояния центральной нервной системы на их электролитный баланс // Сб. науч. тр. НИИ психиатрии им. Асатиани. — 1976. — Т. 21—22. — С. 350—354

4. *Морковкин В. М., Картелишев А. В.* Патохимия шизофрении. — М: Медицина, 1988. — 256 с.

5. *Панасюк Е. И., Мороз А. М.* Аденозинтриорос-фатазная активность эритроцитарных мембран крыс и распределение катионов в крови при низкоинтенсивном лазерном воздействии // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебн. физ. культури. —1987. — № 2.— С. 37—57.

6. *Kostowski W., Puzyvski S.* Psychofarmakologia doswiadczalna i kliniczna. — Warszawa, 1986. — P. 450.

DYNAMICS OF TRANSPORT SYSTEMS OF ERYTHROCYTES MEMBRANES DURING THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

I. Vlokh, B. Kulyk, I. Baysa, L. Jyvotovska, L. Kryjanivska, Y. Danilenko

Lviv State Medical University

Lviv

Process of active Na^+ extrusion, ouabain-resistant furosemide-sensitive Na/K transport were investigated in the erythrocyte membranes of 99 schizophrenia patients and the changes during their treatment were shown.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ВАГИНИЗМА

Р. А. Грачев

Донецкая областная клиническая больница им. Калинина г. Донецк

Вагинизм является наиболее частой причиной девственного брака [1—3]. Виргогамия представляет собой одну из сравнительно мало изученных проблем сексопатологии. Между тем она имеет серьезное медицинское и социальное значение. Отсутствие нормальной половой жизни и детей тяжело переживаются супругами, вызывают у них чувство собственной сексуальной неполноценности, психосексуальную неудовлетворенность, негативно сказываются на семейных отношениях; нельзя игнорировать и отрицательное влияние виргогамии на демографические показатели.

Невозможность половой жизни при этом страдании обусловлена болезненными спазмами мышц влагалища, тазового дна, брюшной стенки, судорожным сведением бедер или различными болевыми ощущениями в области половых органов женщины при попытке к проведению полового акта. Девственный брак, который возникает при вагинизме у жены, может продолжаться до 5, иногда даже до 9 лет [4]. Супруги при этом компенсируют отсутствие половых актов заместительными формами половой активности, обычно петтингом, иногда практикуется вестибулярный или интрафеморальный половой акт.

Причины вагинизма давно привлекали внимание исследователей. Еще в 1927 г. классик сексологии Л. Я. Якобзон писал, что вагинизм развивается в результате боязни боли, опасения беременности, иными словами — вследствие страха разного рода. Вагинизм представляет собой в этих случаях целесообразное оборонительное движение, вызванное страхом. Главной причиной вагинизма как функционального расстройства считает страх также К. Имелинский [3]. Страх, по его мнению, является сильным тормозом, субъективно проявляющимся в судорожном сокращении мышц и имеющим защитный характер. Страх часто возникает вследствие неправильного воспитания, психических травм, строгого религиозного воспитания, как защитный механизм от нежелательной беременности или как реакция защиты в случае несознаваемых девиантных наклонностей, например, гомосексуальных.

В некоторых случаях страх может быть выражением общего невроза страха перед болью вообще. Имеют значение также личность партнера и весь комплекс отношений, связывающих партнеров. Страх может усилиться, если мужчина не удовлетворяет потребности женщины в защите в сексуальной и несексуальной сферах. В этом смысле, считает автор, вагинизм следует рассматривать как дисфункцию, возникшую в результате нарушения взаимоотношений с партнером. Часто вагинизм является выражением неприятия партнера, реакцией избегания, выражением внутреннего протеста по отношению к мужчине, к которому женщина не проявляет спонтанной сексуальной склонности, но с которым она вынуждена вступать в сексуальные контакты на основе несексуальных мотивов.

Страх, в том числе страх "потерять" себя, утратить индивидуальность в сексуальных отношениях, считают главной причиной вагинизма и гениталгий, приводящих к виргогамии, A. C. Kinsey et al. [5] и W. S. Kroger, W. D. Fezier [6].

Под нашим наблюдением находились 38 супружеских пар с виргогамией, обусловленной первичной сексуальной дисфункцией у жены в форме вагинизма. Супруги были в возрасте от 21 года до 30 лет (мужья и жены входили в одну возрастную группу) и состояли в браке от нескольких месяцев до 6 лет, чаще всего до 2 лет.

Обследование показало, что у 21 (55±8 %) женщины вагинизм развился вследствие патологической фиксации первой неудачной попытки полового акта как рефлекторная защитная реакция на болезненное либо психотравмирующее воздействие. Первичными раздражителями, вызывающими судорожное сокращение мышц входа во влагалище, таза, бедер, при этом были психический стресс, физическая боль, испытанная при болезненной попытке дефлорации из-за несоблюдения элементарных правил техники коитуса, а также отсутствие благоприятных условий для уединения супругов.

В некоторых случаях вагинизм развивался по неосознаваемым механизмам — из-за нежелания жить половой жизнью с мужем или страха разоблачения отсутствия девственности. Первичный вагинизм возникал и в случаях образования патологического условного рефлекса в связи с избирательной патогенной ситуацией.

У остальных пациенток (17, или 45±8 %) вагинизм сформировался вследствие опасения чрезмерной болезненности, обильного кровотечения, телесных повреждений.

Предрасполагали к развитию вагинизма у наших пациенток, с одной стороны, такие преморбидные черты характера как тревожная мнительность, сенситивность, легкая возбудимость, робость, вегетативная лабильность, с другой — характерологические особенности мужей — робость, неуверенность к себе, закомплексованность, нерешительность, чрезмерная мягкость.

Развитию вагинизма способствовали психологическая и социально-психологическая дезадаптация, имевшаяся у части супругов и связанная с отсутствием чувства взаимной любви, наличием у одного из супругов характерологических особенностей, вызывающих неприятие у другого, расхождением мировоззрения, сексуальной установки и мотивации.

Существенным дисгармонирующим фактором служил также низкий уровень осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни и связанная с этим неправильная интерпретация своих сексуальных проявлений.

Изучение психосексуальных типов мужчины и женщины позволило установить, что большинство обследованных женщин относились к типу женщина-дочь и пассивно-подчиняемому варианту типа женщина-женщина, а большинство мужчин к пассивно-подчиняемому варианту типа мужчина-мужчина и мужчина-сын. Наиболее дисгармоничным и чаще всего встречающимся у наших супружеских пар было сочетание пассивно-подчиняемых вариантов мужчина-мужчина и женщина-женщина, а также типов мужчина-сын и женщина-дочь.

При петтинге, вестибулярном коитусе и других суррогатных формах сексуальных контактов около половины (18, или 47±7 %) женщин, несмотря на снижение либидо, испытывали оргазм. У остальных наблюдались гипо- или аноргазмия или ее сочетание со снижением либидо. Некоторые женщины отмечали, что сознательно старались преодолеть спазм для совершения коитуса, но безуспешно.

Как свидетельствуют данные системно-структурного анализа сексуального здоровья, у женщин, страдающих вагинизмом, в подавляющем большинстве случаев имеют место замедленное соматосексуальное и психосексуальное развитие и сочетанные асинхронии, а также недостаточная осведомленность в области психогигиены половой жизни, связанная обычно со строгим воспитанием, запретом обсуждать вопросы секса. Половая конституция слабая или средняя. Либидо в большинстве случаев сохранено, а для сексуальных фантазий женщин характерна замена партнера. У всех больных наблюдаются болевые сексуальные ощущения и аноргазмия. Тип сексуальной мотивации чаще всего эгоистически-аверсионный, мотив полового акта — сексуальное самоутверждение. Тип сексуальной культуры — невротический, примитивный или пуританский.

При вагинизме, как правило, поражены психологический компонент и психическая составляющая анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья и почти всегда — информационно-оценочная составляющая социального компонента.

Как правило, вагинизм приводит к развитию у женщин истерического невроза.

Следует отметить стабильность девственного брака при вагинизме у жены. При девственном браке сексуальная сфера у супругов часто дезактуализируется, и поэтому межличностные отношения приобретают особый характер и особое значение. Способствуют сохранению брака в таких случаях чувство вины перед партнером, жалость к нему, ощущение своей ущербности, боязнь оказаться несостоятельным при попытке половой близости с другим партнером или другой партнершей, понимание общности проблемы.

Выявленные причины и механизмы развития вагинизма, личностные особенности супругов, типы их сексуальной мотивации, а также факторы, способствующие сохранению семьи при виргогамии, должны быть учтены при проведении индивидуальной и парной (супружеской) психотерапии.

Система психотерапии вагинизма должна проводиться в три этапа. Первый этап направлен на повышение информированности супругов в вопросах психогигиены половой жизни и, в частности, разъяснение безболезненности физиологического полового акта. Второй этап представляет собой коррекцию характерологических особенностей супругов и их межличностных отношений. Третий этап — мотивационный и сексуально-эротический тренинг, при необходимости с использованием анестезирующих мазей.

Применение указанной системы коррекции позволило ликвидировать виргогамию и достигнуть сексуальной гармонии у всех находившихся под наблюдением супругов.

Литература:

1. *Дубивко Г. Ф.* Причины и условия развития виргогамии и ее психотерапевтическая коррекция. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1992. — 23 с.

2. *Свядощ А. М.* Женская сексопатология. — Кишинев: Штиинца, 1991. — 184 с.

3. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология. Пер. с польск. — М.: Медицина, 1986. — 423 с.

4. *Григорян С. Р.* Девственный брак. — Ереван: Луйс, 1996. — 282 с.

5. *Kinsey A. C., Pameroy W. B., Martin C. B.* Sexual behaviour in the human female. — Philadelphia, 1953. — 842 p.

6. *Kroger W. S., Fezier W. D.* Imagery conditioning in hypnosis and behaviour modification. — Philadelphia: J. Lippincott Company, 1977. — 166 p.

7. *Кришталь В. В.* Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. I всес. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7—8.

A SYSTEM APPROACH TO DIAGNOSIS AND CORRECTION OF VAGINISM

R. A. Grachov

Donetsk regional clinical hospital

Donetsk

Causes, development conditions and clinical manifestation of vaginism were revealed. The significance of social factors and personality peculiarities of each of spouses were shown in forming vaginism. The system of psychotherapeutic correction was proposed for this pathology and virgin marriage.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Н. П. Жиронкина В. М. Могчаров

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

Медицинская реабилитация как новое направление в медицине преследует своей целью проведение комплексного лечения больных для предупреждения глубокой инвалидизации и более раннего и полноценного возвращения в общество, к социально-полезному труду.

Наиболее эффективная реабилитация больных может быть достигнута в рамках единого специализированного учреждения, имеющего возможность как госпитализировать на необходимый срок, так и продолжать реабилитацию больного в условиях поликлиники, располагающей всеми видами восстановительного лечения.

В реабилитационный комплекс больных с заболеваниями периферической нервной системы широко и постоянно включаются методы немедикаментозной терапии, так как "фармакологическая перенасыщенность" стала проблемой медицины. К таким методам относятся: физиобальнеотерапия, лечебная физкультура, различные виды рефлексотерапии (классическое иглоукалывание, аурикулотерапия, вакуумтерапия, электропунктура, электракупунктура, микроволновая резонансная терапия и др.).

Выбор того или иного метода проводится строго индивидуально с учетом клиники, психоэмоциональной и общей реактивности, данных клинического обследования, давности заболевания и возраста пациента [1].

С 14 октября 1997 года на ЮЖД создан и действует Дорожный центр гравитационной хирургии крови и экстракорпоральных методов лечения. Центр имеет две клинические базы — кабинет гравитационной хирургии крови и экстракорпоральных методов лечения ДКБ № 2 ст. Харьков (клиническая база кафедры ЛФК и реабилитации ХИУВ) и блок экстракорпоральной регуляции агрегатного состояния крови узловой больницы ст. Кременчуг.

Центр оснащен современным оборудованием, которое позволяет осуществлять следующие виды лечебных и диагностических процедур: лечебный дискретный плазмаферез; эндовазальное лазерное облучение крови (ЭЛОК); экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (УФОК); гемосорбцию; лазерную рефлексотерапию (лазеропунктуру); капилляроскопию.

Основная задача деятельности "Центра" — оказание специализированной немедикаментозной помощи больным с применением методов гравитационной хирургии крови и квантовой гемотерапии.

Лечение в Дорожном центре осуществляется как амбулаторно, так и стационарно с использованием коечного фонда лечебных учреждений — баз "Центра".

Методы гравитационной хирургии крови (плазмаферез) и экстракорпоральное очищение крови (гемосорбция) предназначены для удаления из крови токсинов, аллергенов, иммунных комплексов, избыточного содержания различных солей, жиров (в том числе холестерина) и других вредных химических и биологически активных веществ, которые оказывают существенное отрицательное влияние на гомеостаз организма пациента.

Лечебный дискретный плазмаферез — метод гравитационного разделения крови путем центрифугирования на форменные элементы и плазму. Последняя удаляется, а взвесь форменных элементов возвращается больному в кровеносное русло. Метод зарекомендовал себя как высокоэффективный при ишемической и гипертонической болезнях, нарушениях жирового обмена, ревматических заболеваниях, подагре, болезнях печени, бронхиальной астме, наркотической и алкогольной зависимости, кожных заболеваниях и многих других патологических процессах. Вполне адекватным и патогенетически обоснованным является плазмаферез и при полиневропатиях, обусловленных соматической патологией, особенно на фоне криоглобулинемии [2].

Методы квантовой гемотерапии (ЭЛОК и УФОК) — основаны на биологическом воздействии ультрафиолетового и лазерного излучения на кровь пациента, при котором происходит иммунокоррекция, улучшение периферического кровообращения, кислотно-щелочного и газового состава крови, что имеет важное значение при лечении многих заболеваний.

Наличие ультрафиолетовой части солнечного спектра — это во многом условие существования жизни на Земле. Его положительное влияние как мощного, практически природного фактора воздействия через кровь и кожу на все органы и системы организма человека давно известно в медицине. Особенно УФОК эффективно при лечении язвенной болезни, хронического простатита и воспалительных заболеваниях в гинекологической практике. С большим успехом мы используем данный метод лечения в неврологической практике для лечения заболеваний периферической нервной системы. Нами установлено нормализующее иммунореактивность организма действие данного метода, а также ингибирующее действие его на процессы перекисного окисления липидов [2, 3]. Метод ультрафиолетового облучения крови является мощным адаптогеном, стимулирующим механизмы защиты, позволяющим организму успешно справляться с различными патологическими процессами.

Курсы аутотрансфузий ультрафиолетом облученной крови, состоящие из 5 ежедневных процедур, проводились больным с заболеваниями периферической нервной системы серийным отечественным

аппаратом "Изольда" при длине волны 254 нм, средней скорости кровотока 20 мл/мин и объеме облучаемой крови 1 мл на 1 кг массы тела больного. В качестве антикоагулянта использовали стерильный 2,5 % раствор цитрата натрия (7—10 мл).

Лазерное воздействие хорошо изучено и заняло прочное место в медицине. Аппарат для лазеротерапии позволяет с помощью световолокна непосредственно воздействовать на кровь, точки акупунктуры или на большие участки кожи и применяется при многих заболеваниях, в частности — при стенокардии, аритмиях, септических состояниях, иммунодефицитах, бесплодии, подагре, ревматических заболеваниях, воспалительных процессах в гинекологии. С успехом применяется лазеропунктура и в неврологической практике для лечения заболеваний периферической нервной системы.

На кафедре ЛФК и реабилитации разработан и с успехом применяется с 1978 года для лечения больных с заболеваниями периферической нервной системы электронный нервно-мышечный стимулятор.

Электростимуляция оказывает определенное тренирующее влияние, улучшает сократительные способности стимулируемых мышц, усиливает мускуло-висцеральные влияния, стабилизирует гемодинамику, улучшает метаболические процессы в мышцах, обладает обезболивающим действием. Метод основан на применении импульсного тока для улучшения ритмических сокращений определенных групп мышц. Перед процедурой подбираются параметры импульсного тока, соответствующие физиологическим параметрам нервно-мышечного аппарата, находящегося в состоянии дегенеративно-дистрофических изменений.

Для обнаружения двигательных точек, представляющих собой скопление синаптических образований, используется гальванический прерывистый ток большой длительности, не менее 300 м/сек, от аппаратов для электродиагностики. Точка, раздражение которой вызывает максимальную ответную реакцию мышцы, является двигательной.

Особенностью нашего аппарата является повышение эффективности лечения путем сочетанного воздействия на больного миоэлектро- и звукостимуляцией.

Преимущество такого воздействия, по сравнению с уже известными устройствами, состоит в том, что одновременно с электрическим воздействием подается звуковой сигнал. Это позволяет установить рефлекторную связь между двигательными и слуховыми анализаторами, что повышает уровень суммарного афферентного тока в двигательном анализаторе.

Воздействие на нервно-мышечные структуры производится переменным синусоидальным током повышенной частоты (2000 гц), характеризующимся безболезненностью воздействия, отсутствием явления поляризации и раздражения под электродами.

В настоящее время все более широкое внедрение в лечебную практику больных с двигательными нарушениями нервной системы находит предварительное введение лекарственных препаратов в околодвигательную зону, в частности АТФ (аденозинтрифосфорная кислота).

Доказано, что в денервированной мышце при патологических повышении мышечного тонуса и наличии контрактур резко снижаются запасы АТФ, того энергетического материала, благодаря которому возможно нормальное функционирование нервно-мышечных синапсов, наступает биологическое истощение мышц, наблюдается нарушение процесса ресинтеза АТФ.

Поэтому для вызывания ритмичных оптимальных мышечных сокращений необходимо постоянное пополнение АТФ в мышцах в области наиболее возбудимых участков, представляющих собой скопление синапсов — двигательных точек.

Методика введения АТФ проста и состоит из предварительного введения препарата в ягодичную область, а затем вводят 1—2 мл в зону двигательной точки на глубину до 1 см. Через 45—60 минут проводится сеанс электростимуляции этой мышцы. Продолжительность сеанса от 5 до 20 минут. Лечение проводится 1—2 раза в день, на курс 20—30 процедур.

Многолетний опыт нашей работы позволяет рекомендовать вышеприведенные методики лечения как адекватные, патогенетически обоснованные и высокоэффективные.

Литература:

1. *Вогралик В. Г., Вогралик М. В.* Иглорефлексотерапия. — Горький: Волговят. кн. изд-во, 1978.—293 с.

2. *Жиронкина Н. П., Клепиков Э. Н., Каневский А. С.* Иммунореабилитация больных с заболеваниями периферической нервной системы // Актуальные вопросы клинической медицины: Тез. научно-практической конференции, посвященной 100-летию дор. клин. б-цы 1893—1993 гг. — Днепропетровск, 1993. — С. 101—102.

3. *Попелянский Я. Ю.* Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989. — 464 с.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES PERIPHERIC NERVOUS SYSTEM

N. P. Zeronkina, V. M. Mogcharov

Kharkiv Postgraduate Medical Institute

Kharkiv

Discussing questions rehabilitation of patients with diseases peripheric nervous system. Developed scientifically grounded approaches to forming schemes of immune correction and antioxidation therapy of patients with diseases peripheral nervous system.

КОМПЛЕКСНЫЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИОФАСЦИАЛЬНОГО РЕЛИЗИНГА У БОЛЬНЫХ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

А. В. Лысенко

Запорожский институт усовершенствования врачей
г. Запорожье

Лечение вертеброгенных больных с миофасциальными синдромами (МФС) шейно-грудной локализации представляет собой весьма актуальную проблему. Анализ литературных данных и результаты научных исследований показали, что вопросы оказания помощи больным с миофасциальными синдромами шейно-грудной локализации остаются малоизученными, а предлагаемые лечебные комплексы имеют ряд недостатков:

1. Во всех случаях преобладает медикаментозная терапия, независимо от болевого проявления.
2. При назначении комплексного лечения не учитываются клинические особенности миофасциальных синдромов шейно-грудной локализации.
3. Нет четких критериев для дифференцированного использования в лечебных комплексах мягких методик мануальной терапии (миофасциального релизинга).

Миофасциальный релизинг (МФР) используется в большинстве развитых стран мира. Он является диагностическим и терапевтическим мануальным методом, основанным на вязко-эластических свойствах тканей, а также соматических и висцеральных рефлекторных механизмах мышц и других соединительно-тканных структур.

Цель миофасциального релизинга, по нашему мнению, — добиться максимального расслабления мышц. Результатом проведения релизинга является выраженная мышечная релаксация. Включение в комплексное лечение МФР направлено на устранение патобиомеханической ситуации в пораженных мышечных зонах, повышение уровня реабилитации. Патогенетическая обоснованность комплексной терапии с использованием МФР направлена на: уменьшение болевых ощущений, снижение возбудимости центральных и периферических нервных структур, устранение локальной и распространенной миофиксации, миофасциальных локусов, а также блоков в позвоночно-двигательных сегментах (ПДС). Комплексные лечебные мероприятия с использованием различных методов должны быть направлены не только на вертеброгенные, но и на экстравертебральные патологические очаги способствующие формированию миофасциальных синдромов.

Мы поставили перед собой задачу разработать и внедрить комплексные лечебные мероприятия при миофасциальных синдромах шейно-грудной локализации с использованием миофасциального релизинга в условиях ЦРБ. Подбор количественных, качественных, временных параметров каждой процедуры был индивидуальным в зависимости от степени выраженности клинических проявлений МФС.

Лечение проводилось в условиях неврологического отделения Васильевской ЦРБ. В лечебные комплексы входили:

1. Миофасциальный релизинг.
2. Кинезотерапия.
3. Рефлексотерапия.
4. Физиотерапия.

Для выявления эффективности разработанных лечебных комплексов мы выделили две группы больных: основная группа — 73 человека, лечившихся комплексно с использованием МФР, и группа сравнения — 48 человек, принимавших традиционное лечение без использования МФР. Миофасциальный релизинг проводился всем 73 больным основной группы с миофасциальными проявлениями шейно-грудной локализации. Следует отметить, что МФР может применяться и в тех случаях, когда традиционные методы мануальной терапии противопоказаны и в этом его преимущество. Противопоказаниями к применению МФР были: абсцессы, злокачественные новообразования, где имелся риск перелома, миастении. Миофасциальные синдромы МФС характеризовались такими признаками: локальной болью с различной локализацией, отраженной болью, провоцируемой нагрузкой, наличием триггерных зон, ограничением подвижности, гипертонусом мышц. Для успешного применения МФР мы соблюдали несколько правил: правило трех Т. Т — точка входа (*Point of Entry*), Т1 — *Tensio*, Т2 — *Tractio*, Т3 — *Torsio*. Также очень важным являлось правило барьеров (BBR), гипертонус мы чувствовали как барьер по сравнению с окружающей тканью: 1. Баланс (В). 2. Барьер прямой или непрямой (В). 3. Релиз (R). После идентифицирования барьера рука манипулятора размещалась так, чтобы было максимальное соприкосновение с пораженным участком, (для лучшей проприоцепции). Усиливая послойную пальпацию, определялись прямые и косвенные барьеры, затем постепенно производился поворот от барьера, после чего наступало расслабление (R). Увеличивая нагрузку на более глубоко лежащие мышцы, производили их легкое смещение (деформацию). В большинстве случаев мы наблюдали расслабление мышц через 10—20 секунд. При этом больные ощущали необычную легкость, тепло, сонливость. Релизу также способствовало глубокое дыхание пациента, поворот глаз в сторону локальной болезненности, вытягивание руки над головой с разведенными пальцами.

В комплексном лечении больных с МФС шейно-грудной локализации широко использовались приемы активной и пассивной кинезотерапии. Для каждого больного мы индивидуально разрабатывали комплексы кинезотерапии, подбирая дозу, вид,

время проведения в зависимости от степени нарушения вертебродинамики и с учетом двигательного стереотипа. В первую очередь упражнения были направлены на растяжение и силовое напряжение или физическое укрепление мышечного корсета. Нами было установлено, что длительное снятие миофасциальной боли наступает в 90,2 % при растяжении пораженных мышц. По мере регресса болевых проявлений МФС количество упражнений постепенно увеличивалось. Упражнения проводились 2—3 раза в день по 3—5 минут. При выписке больному рекомендовался комплекс кинезотерапии для уменьшения рецидивов заболевания.

Важное место в комплексном лечении больных с МФС занимала иглорефлексотерапия (ИРТ). Мы применяли её у 51 больного (69,9 %). Особенностью являлось то, что лечение начиналось с использования отдаленных точек нижних конечностей: Цзусань-ли E36, VB34 ян-лин-цюань, кунь-лунь V60, отдаленные точки на руках: G110 — шоу-сань-ли, TR5 — вай-гуань, хоу-си IG3, цюй-ши G111. Далее воздействовали на зону наибольшей болезненности в шейно-грудной области — VB20 фэн-чи, V10 тянь-чжу, E9 жень-ин, VB21 цзянь-цзинь. В среднем за один сеанс воздействовали на 6—8 точек, время воздействия иглой составляло от 20—30 минут до 1,5 часа у больных с выраженным болевым синдромом при возбуждающей методике и до 5 минут при тормозном методе.

Кроме того в комплексной терапии больных с МФС мы использовали физиотерапевтические методы. Наиболее эффективными оказались:

— ультрафиолетовое облучение в эритемной дозе (1—5 минут) сегментарно, а также на область максимальной боли и мышечного напряжения;

— диадинамические токи ДДТ и с их помощью электрофорез лекарственных средств, диадинамофорез новокаина через анод с прокладкой (200 мм) воздействие проводилось двухконтактным фиксированным током с частотой импульсов 100 в 1 секунду в течение 10 минут;

— электрофорез обеспечивал пролонгированное действие лекарственных веществ-анестетиков (новокаин, тримекаин, совкаин). Смесь вводилась с анода ежедневно, курс 10—12 процедур).

В редких случаях мы прибегали к медикаментозному лечению в весьма ограниченном объеме. В основном это были анальгетики и миорелаксанты (2—3 дня).

Сравнительный анализ результатов лечения двух групп показал:

В основной группе значительное улучшение с восстановлением трудоспособности наблюдалось у 61 пациента (83,6 %), улучшение у 9 больных (12,3 %), незначительное улучшение только у трех больных (4,1 %).

В группе сравнения результаты оказались хуже: так, со значительным улучшением было выписано всего 22 пациента (45,8 %), с улучшением — 19 больных (39,6 %) и с незначительным улучшением — 7 больных (14,6 %).

Таким образом, разработанные нами лечебные комплексы с преимущественным использованием нефармакологических методов лечения и в первую очередь миофасциального релизинга у больных с МФС шейно-грудной локализации позволил улучшить качественные показатели результатов лечения и уменьшить частоту рецидивов заболевания, что позволяет нам рекомендовать их для широкого применения в лечебной практике.

Литература

1. *Заславский Е. С* // Болевые мышечные синдромы в области плечевого пояса руки и грудной клетки. — Новокузнецк, 1982.

2. *Иваничев Г. А.* Мануальная терапия (постизометрическая релаксация при локальных мышечных гипертонусах) // Периферическая нервная система: Сб. тр. — Минск, 1983. — Вып. 6. — С. 170—172.

3. *Иваничев Г. А.* Мануальная терапия мышечных гипертонусов. — Казань, 1984.

4. *Иваничев Г. А.* Болезненные мышечные уплотнения. — Казань: Изд-во Казанского ун-та. 1990.

5. *Иваничев Г. А.* Лечение миодистонических болевых синдромов сочетанием мануальной терапии и акупунктуры //Ж. Невролог. и психиатр., 1991.— № 4.— С. 3.—40.

6. *Клименко А. В., Козелкин А. А.* Особенности неврологических синдромов при сочетании вертеброгенной и соматической патологии // II Международный конгресс вертебрологов: Тез. Докл. — Казань, 1992. — С. 50—51.

7. *Клименко А. В.* Осложнение при использовании мануальной терапии // 53-я итоговая научная конф. Запорожского ин-та усоверш. врачей: Тез. докл. — Запорожье, 1993. — С. 69—70.

8. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника (Скоромец А. А., Клименко А. В., Сулим Н.И. и др.) под ред. Скоромца А.А., Клименко А.В. — Кемерово: Народная медицина, 1993. — 304 стр.

9. *Greenman P. E.* Principles of manual medicine // Wiiliams & Wilkins, Baltimore, 1989 — 290 p.

10. *Edward S.* Rachlin Myofascial Pain and Fibromyalgia // Mosby, N. York. — 1993. — 545 p.

11. *Travell JG, Simons DG*: Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual // Wiiliams & Wilkins, Baltimore, 1983.

COMPLEX CURATIVE-REHABILITATIONAL MEASURES WITH USE MYOFASCIAL RELEASING AMONG PATIENTS SUFFERING FROM MYOFASCIAL SYNDROMS OF CERVICAL-THORACIC LOCALISATION

A. V. Lysenko

Zaporizhzhia Postgraduate Medical Institute
Zaporizhzhia

The complex treatment has been carried out using the method of myofascial releasing at 73 patients suffering from myofascial syndroms of cervical-thoracic localisation. The scheme of complex therapy was developed with individual selection of methods and forms of treatment depending on the degree of manifestation of clinic indications of the disease and motor type of the patient. The expediency was proved of including myofascial releasing in the treatment complexes and its high efficiency.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕЗАДАПТИВНЫХ ФОРМ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ ПРИ ПСИХОПАТИИ У ЖЕНЩИН

В. В. Николаев

**Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков**

Методы коррекции личностных особенностей, психологической и социальной, в том числе микросоциальной, дезадаптации женщин, страдающих психопатией, освещены в ряде работ [1—3]. Значительно меньше разработана психотерапевтическая коррекция сексуального поведения женщин с аномалией личности, приводящего к развитию дезадаптивных форм сексуальной дисгармонии супружеской пары.

Нами была разработана система дифференцированной психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации, основанная на концепции В. В. Кришталя [4], в соответствии с которой коррекция супружеской дисгармонии, направленная на достижение адаптации супругов на всех уровнях взаимодействия, должна состоять, соответственно трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия, из трех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального) и конативного (поведенческого).

Корригирующие мероприятия были направлены на компенсацию психопатии, нормализацию межличностных отношений супругов и адаптацию их сексуального поведения.

Задачами когнитивного компонента коррекции при данной форме дезадаптации были выработка правильных установок на межличностные отношения супругов; уяснение ими необходимости и реальной возможности оптимизации отношений в семье; повышение самопонимания; осознание связи между своим поведением и взаимоотношениями, в частности, в семье; понимание причин формирования конфликтных взаимоотношений, своей роли в их возникновении; достижение адекватного отражения супругами друг друга с целью повышения уровня их взаимопонимания; знакомство с формами поведения, позволяющими нормализовать взаимоотношения и предотвратить возникновение конфликтных ситуаций.

Задачами второго, аффективного компонента являлись дезактуализация переживаний, связанных с конфликтными взаимоотношениями супругов, снятие их негативного отношения друг к другу и устранение дезадаптации. Для этого были необходимы модификация способов эмоционального реагирования супругов при межличностном общении, выработка критического отношения к своему неадекватному реагированию в конфликтных ситуациях, снятие неадекватных эмоциональных реакций, усвоение средств установления доверительных, искренних отношений. Это становится возможным при достижении изменений в личностных структурах пациентов: самооценке, системе социального восприятия и т. п.

Решение задач когнитивного и аффективного компонентов создает предпосылки для воздействия на поведение супругов. В соответствии с этим задача третьего, конативного компонента психотерапевтической коррекции, заключается в модификации типов поведения каждого из супругов и типов их взаимодействия. Для решения этой задачи необходимо преодоление неадекватных форм поведения, приводящих к супружеским конфликтам; обучение формам поведения, способствующим адекватной адаптации супругов, в частности, выработка адекватных способов разрешения семейных конфликтов и их закрепление; выработка форм поведения, помогающих достигнуть взаимопонимания, обеспечивающих взаимопомощь, искренность, доверительность отношений, ответственность и самостоятельность супругов.

Выбор методов психотерапии, конкретное содержание психотерапевтических занятий определялись формой сексуальной дезадаптации, ее причинами, механизмами развития и клиническими проявлениями с учетом типа психопатии, личностных особенностей второго супруга, степенью заинтересованности супругов в нормализации отношений. При этом использовали следующие методы из современного арсенала психотерапии: коммуникационный тренинг, ролевой психосексуальный тренинг, сексуально-эротический тренинг, групповую психотерапию, рациональную психотерапию в индивидуальных и парных занятиях, а также вспомогательные методы — библиотерапию, элементы гештальт-техники, трансактный анализ и др.

Коррекционная работа с супружеской парой начиналась с первой совместной беседы, имеющей важнейшее значение для достижения успеха. Значимость ее объясняется тем, что, помимо выяснения основных данных о каждом из супругов и внутрисемейной ситуации, в этой беседе должен быть создан мотив участия супругов в психотерапевтической коррекции, а при установке на расторжение брака — выработка установки на его сохранение. С этой целью, с одной стороны, супругам объясняется реальная возможность оптимизации их взаимоотношений, а с другой — формируется правильное представление о психотерапевтической помощи. Во время первой беседы каждый из супругов должен понять необходимость глубокого анализа супружеских взаимоотношений и собственной ответственности за эффективность процесса психотерапии.

Естественно, проблема обеспечения устойчивой установки на сохранение семьи и участия в психотерапевтическом процессе не может ограничиться

первой беседой и остается в центре внимания при последующей работе с супружеской парой. Для супругов с сексуальной дезадаптацией, особенно с аверсией, характерно аффективное либо негативное поведение во время первой беседы. Учитывая это, а также нередко наблюдающийся напряженный характер взаимоотношений супругов, мы старались предотвратить резкие проявления конфликтности и отрицательные оценочные суждения мужа и жены по отношению друг к другу, обсуждая основные проблемы семьи и причины конфликтов с каждым из них в отдельности.

Поскольку формирование личности больных при психопатии претерпевает ряд нарушений, среди которых отмечается и деперсонализация, в арсенал средств психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации больных с данной патологией должна входить персоналистическая психотерапия. Мы проводили персоналистическую психотерапию при всех формах дезадаптации, начиная с определения уровня развития и степени зрелости личности, состояния ее подсистем (интраиндивидной, интериндивидной и метаиндивидной), причин нарушения персонализации, конфликтных ситуаций и роли указанных характеристик в возникновении сексуальной дезадаптации.

После этого проводилась психологическая подготовка, направленная на повышение уровня знаний супругов в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений, затем психогигиеническая подготовка, задачей которой было повышение уровня осведомленности пациентов об имеющихся у них нарушениях и роли личности в генезе сексуальной дисгармонии.

На следующем, реконструктивном этапе коррекции решается ее основная задача — формирование новых установок, типа реагирования, перспективы адекватного разрешения противоречий между пациентом и обществом путем перестройки активности, направленности личности, самосознания, уровня притязаний пациента в соответствии с реальными обстоятельствами жизни.

Завершает лечебный курс поддерживающая психотерапия, проводимая с целью подкрепления достигнутого уровня персонализации супругов.

Персоналистическая психотерапия проводится в форме индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения 10—12 занятий продолжительностью от 30 мин до 1 часа.

Индивидуальная персоналистическая психотерапия не исключает возможности одновременного проведения групповой психотерапии. Если последняя воздействует на интериндивидные характеристики личности, то персоналистическая психотерапия, воздействующая и на метаиндивидные ее характеристики, значительно повышает эффективность коррекции дезадаптивных форм сексуальной дисгармонии.

Основным методом психотерапевтической коррекции коммуникативной формы сексуальной дезадаптации был коммуникационный тренинг. В индивидуальных беседах каждый из супругов получает возможность высказать свои обиды и претензии к другому, свое представление о супружеских проблемах и их причинах, не провоцируя негативную реакцию другого.

При парной (супружеской) психотерапии проводилось совместное обсуждение с супругами их проблем, особенностей поведения каждого из них и их взаимоотношений. Эта форма психотерапии, как правило, применялась после индивидуальных занятий с каждым из супругов в отдельности.

Хотя в литературе распространено мнение, что при проведении супружеской психотерапии следует воздерживаться от активной позиции и прямых советов [5], мы, учитывая выраженную дезадаптацию супругов, в особенности, при наличии сексуальной аверсии, считаем необходимым быстрое и активное вмешательство в их внутрисемейные отношения, а также считаем целесообразным на начальной стадии психотерапии давать непосредственные советы, конкретные указания, касающиеся поведения в конфликтных ситуациях; на последующих этапах потребность в этом отпадала.

Разработанная система коррекции была проведена 298 супружеским парам, в которых жены страдали психопатией и имела место сексуальная дезадаптация. У 63 женщин был диагностирован эпилептоидный; у 56 — психастенический, у 61 — истерический, у 63 астенический и у 55 — шизоидный тип психопатии. Коммуникативная форма дезадаптации наблюдалась у 120, сексуально-поведенческая — у 77, сексуально-эротическая — у 31, конституциональная — у 53 супружеских пар; сексуальную аверсию испытывали 17 женщин.

Коммуникативная форма дезадаптации может быть обусловлена внутриличностным конфликтом у одного или обоих супругов либо их межличностным конфликтом. В соответствии с этим в задачи психотерапевтической коррекции входит ликвидация причин того и другого конфликта, причем она может быть направлена как на решение конкретных проблем, так и на обучение супругов умению строить общение и находить выход из конфликтных ситуаций.

Коммуникативный тренинг состоит из двух основных этапов: первый из них — формирование новой, правильной установки на нормализацию личностных отношений, второй — научение реализации этой установки, т. е. общению и разрешению конфликтов.

Этап выработки установки начинается после получения информации об имеющихся у данной супружеской пары нарушениях в общении и определения уровня социально-психологической адаптации супругов. Полученная информация доводится до сведения супругов, обсуждается с ними, выясняется и фиксируется их собственная оценка своей коммуникации. Затем супругов знакомят с принципами правильной коммуникации, с основами культуры общения. С этой целью проводят беседы, лекции, библиотерапию. На тематически ориентированных занятиях обсуждаются следующие проблемы:

1. Психология общения, причины возникновения супружеских конфликтов.
2. Способы разрешения конфликтных ситуаций.
3. Распределение ролей в семье.
4. Стереотипы взаимодействия супругов, приводящие к конфликтам.
5. Характерологическая детерминированность конфликтов.

На занятиях обсуждается также рекомендуемая для чтения художественная и научно-популярная литература по соответствующей тематике.

Мы считаем целесообразным на данном этапе психотерапевтической коррекции коммуникативной формы сексуальной дезадаптации знакомить супругов с так называемой супружеской тактикой.

Супружеская тактика — это способ коммуникации, позволяющий избежать возможных конфликтов, напряженности в отношениях, конфронтации и ссор, что достигается с помощью позитивных форм поведения, предполагающих подавление агрессивных тенденций или, по крайней мере, их проявления. Это форма сознательного управления поведением партнера и изменением его в желаемом направлении, наиболее действенный способ достижения собственных целей, применимый, в отличие от конструктивной ссоры, даже в тех случаях, когда партнер отказывается сотрудничать. Однако его успешное использование зависит от умения владеть проявлениями своих чувств.

В основе супружеской тактики лежат общие принципы и правила коммуникации, разработанные Д. Карнеги и модифицированные С. Кратохвилом [6] в качестве руководства для супругов.

Первым принципом является интерес к супругу (супруге), к его мнениям и увлечениям, понимание его интересов, знание сильных и слабых сторон.

Не менее важное условие хорошего контакта с супругом — умение внимательно слушать, без чего невозможны взаимопонимание и внимание друг к другу. Однако необходимо и умение говорить о том, что интересует супруга. Он должен чувствовать, что собеседник не просто слушает, но и сочувственно следит за его мыслью, понимает его, а может быть и по-новому освещает предмет беседы.

Неизбежная в супружеских отношениях критика должна быть осторожной и справедливой, тактичной, ни в коем случае не задевать достоинство партнера и не носить характера нападок. Нужно уметь найти и положительные моменты в том, что подвергается критике, подвести супруга к пониманию своей неправоты, памятуя, что лучшая критика — это самокритика.

Так же осмотрительно следует относиться к приказам. Лучше всего отказаться от "приказного" стиля и облекать свои пожелания в форму вопроса или просьбы, чтобы не нарушать равенства в семье.

Очень важным условием мира между супругами является понимание собственных ошибок и умение признавать их. Иногда только одного признания своей ошибки достаточно, чтобы избежать ссоры или конфликта.

Не нужно скупиться на похвалу. Согласно супружеской тактике, лучше по каждому подходящему поводу высказать свое удовольствие, чем пользоваться случаем покритиковать. Полезна даже некоторая идеализация партнера, которая может побудить его к самосовершенствованию.

Еще одно, хорошо известное в психологии, условие гармоничных отношений в семье — эмпатия, умение войти в положение другого, понять его.

Следует соблюдать и принцип "не ссориться", так как ссора, в которой супруги обвиняют друг друга, не позволяет прийти к согласию, но лишь усиливает у каждого из них чувство несправедливости. Нужно "быть выше ссоры" и, не противореча тому, что говорит партнер, постараться разъяснить свою точку зрения.

Диаметрально противоположна ссоре приветливая улыбка. Это простое и эффективное средство пресечения конфликта, поскольку, как известно, настроение легко передается и, выражая улыбкой свое доброжелательное отношение, можно скорее всего встретить ответную улыбку, а следовательно, понимание и согласие.

Библиотерапией и ознакомлением с методами супружеской тактики заканчивается этап выработки установки. После этого супругам дают конкретные задания и инструкции, направленные на изменение их общения, переходя, таким образом, ко второму этапу психотерапевтической коррекции коммуникативной формы супружеской дезадаптации — этапу научения правильной коммуникации и разрешению конфликтов. На этом этапе занятия проводятся как врачом (индивидуальные, парные и групповые), так и супругами самостоятельно, дома.

Мы использовали в качестве метода научения предложенную С. Кратохвилом конструктивную ссору. Так автор обозначает форму коммуникации, при которой в обусловленное время супруги, соблюдая определенные правила, открыто проявляют свои отрицательные эмоции, неудовлетворенность и критику по отношению друг к другу, затем переходят к самокритике и положительной оценке друг друга, которая может завершиться компромиссным решением спорного вопроса. Это позволяет ослабить отрицательные аффекты и способствует сближению супругов.

Принципы конструктивной ссоры заключаются в следующем. Ссора происходит по предварительной договоренности, по поводу какого-либо критического события, для нее выбирается удобное место и время. Начинающий ссору должен предварительно четко уяснить себе, чего он требует, чего хочет с ее помощью добиться. Целью ссоры является не поражение противника, не собственная "победа", а совместное решение проблемы.

Ссора ведется по правилам честной игры: аргументы не должны унижать партнера, задевать его больные места (например, высмеивать физические недостатки, заикание и т. п.), запрещается напоминание о старых обидах, выпады против лиц или предметов, которые дороги партнеру ("твоя мать", "твои книги"), неопределенные обобщения ("ты мне никогда не помогаешь") и использование необоснованных угроз (например, угроза развода из-за разбитой чашки).

Чтобы облегчить начало ссоры и ее окончание, ссору разделяют на три этапа, для каждого из которых также установлены несколько основных правил. Начальный этап — уведомление о желании начать ссору; средний этап — 1) говори то, что думаешь, 2) реагируй и критикуй; конечный этап — 1) признай свои ошибки, 2) найди в другом что-либо хорошее.

На конечном этапе ссоры включается красный свет, который предупреждает говорящего, что лимит

его времени исчерпан и остается лишь несколько минут на то, чтобы удачно закончить выступление. На этом этапе необходимо отступить самому, чтобы протянуть руку примирения и дать другому возможность достойного отступления. Заканчивая ссору, целесообразно использовать некоторые элементы супружеской тактики Карнеги. Каждый из партнеров должен постараться понять собственные ошибки и позицию другого, показать свою доброжелательность, иногда откровенно попросить о примирении. Наконец, учитывая критические замечания среднего этапа, каждый из супругов должен оценить партнера, обязательно похвалив за то, что заслуживает похвалы.

Затем оба супруга оценивают результаты ссоры. За каждый раздел можно получить –1 или +1 балл, таким образом, окончательный результат может находиться в диапазоне от –4 до +4 баллов. Подсчет очков проводят для каждого участника отдельно, и окончательный результат, получаемый суммированием баллов, по которому можно судить об эффективности ссоры может достигать значения от –8 до +8.

Выбор конкретных форм и методик психотерапии, как и темы, содержания проводимых врачом занятий, зависели от личностных особенностей, характера взаимоотношений супругов и их позиции по отношению к будущности брака.

Индивидуальные беседы с супругами проводились с целью конкретизации и уточнения настоящих семейных отношений. Если при этом выяснялась актуализация конфликтов, то с согласия пациента проблема выносилась на обсуждение. Если один из супругов посещал групповые занятия, то другой должен был быть подготовлен к адекватному восприятию перемен в его поведении, должен был ясно осознавать необходимость личного участия в реконструкции взаимоотношений. Поэтому информация, получаемая при работе с одним из супругов, часто использовалась в работе с другим. В беседе с супружеской парой обсуждались имеющиеся проблемы и конфликтные ситуации, разрабатывались и проигрывались конкретные способы их разрешения. Парная психотерапия может быть не только супружеской. Эффективен коммуникационный тренинг женщины не с супругом, а с кем-либо другим из членов группы, у кого имеет место та же проблема. Проигрывая ситуацию с посторонним человеком, легче объективно оценить свое поведение с супругом, уяснить свои ошибки, продиктованные пристрастным отношением к нему, и исправить их.

При проведении групповой психотерапии группы обычно состояли из 9—12 человек. Занятия длительностью по 2 ч проводились 1—3 раза в неделю в течение двух месяцев. Весь курс коррекции занимал, таким образом, примерно 40 часов.

Следует отметить, что если групповая психотерапия назначалась обоим супругам, они входили в состав разных групп. В большинстве случаев, однако, групповая психотерапия назначалась одному из супругов, при наличии сексуальной аверсии — тому из них, кто испытывал аверсию.

Работа психотерапевтической группы строилась с учетом групповой динамики и была ориентирована на максимальное стимулирование активности участников. Основным методом при этом была групповая дискуссия, эффект которой достигался путем выхода на личную проблему каждого члена группы. Использовались биографическая, тематическая и интеракционная дискуссии. Биографически и интеракционно ориентированные занятия в основном соответствовали принятым при групповой психотерапии.

При групповом обсуждении система обратной связи позволяет каждому участнику видеть, как другие интерпретируют его поведение, а следовательно, помогают осмыслить собственные черты, приводящие к конфликтным взаимоотношениям, что является необходимым условием коррекции своего поведения и эмоциональных реакций.

В процессе групповой психотерапии использовались различные вспомогательные методики — библиотерапия, направленная на повышение культуры общения супругов, элементы гештальт-терапии, графические, пантомимические техники, имеющие целью активизировать процесс взаимодействия в группе, повышение активности ее членов. Эти техники использовались в тех случаях, когда пациентам трудно было говорить о своих чувствах и переживаниях. В процесс групповой дискуссии вводились элементы семейно-ролевого тренинга, трансактный анализ, что позволяло получить дополнительный материал для анализа проблем группы в целом и каждого ее члена в отдельности.

При использовании вспомогательных техник задание, как правило, завершалось обсуждением, в ходе которого каждый из членов группы должен был рассказать о своих чувствах и мыслях, вызванных выполнением предложенного задания, что обеспечивало обратную связь. Обсуждение строилось как конструктивный анализ характерных особенностей и способов поведения членов группы. Все применяемые методы органически сочетались друг с другом.

Использование ролевых игр при коррекции супружеских взаимоотношений мы считали целесообразным в связи с тем, что супруги часто объясняют возникающие в семье трудности характерологическими особенностями и неправильным реагированием друг друга.

При обсуждении конфликтных ситуаций членам группы предлагали проиграть свои способы их решения, что позволяло проанализировать имеющиеся у них конкретные поведенческие навыки общения. Роль супруга при этом выполнял выбранный из группы партнер. При выборе ситуации мы исходили из следующих условий: ее содержание должно соответствовать конкретным ситуациям, возникающим между супругами, и должно быть значимым для пациента, участвующего в ролевой игре.

Разыгрывая характерные конфликты, участники демонстрировали свойственные им стереотипы поведения в конфликтных ситуациях. При этом одна и та же ситуация проигрывалась несколько раз, что давало участникам ролевого тренинга возможность побывать в разных ролях, предлагая каждый раз свои варианты решений. По процедуре проигрывания производилась смена ролей, чтобы можно было разыграть поведение не только свое, но и второго

супруга. В ходе ролевого тренинга его участники выступали то активными исполнителями ролей, то активными наблюдателями, благодаря чему они максимально включались в поиск решения типичных социально-психологических проблем, с которыми им приходится сталкиваться в семье.

После каждой проигрываемой ситуации проводилось обсуждение, в ходе которого участники, видя свое поведение со стороны, оценивали адекватность предложенных решений, целесообразность изменения поведения. Проигрывание другими участниками предложенной ситуации позволяло каждому не только осознать способы общения, приводящие к конфликтам, но и расширить арсенал собственных средств их разрешения; кроме того, повышалась чувствительность каждого к проблемам другого. Таким образом, использование ролевого тренинга с последующим обсуждением позволило модифицировать типы взаимодействия в семье, изменить характер общения супругов, т. е. добиться поставленной цели — освоения навыков бесконфликтного общения.

При сексуально-поведенческой форме сексуальной дезадаптации главным методом коррекции был ролевой психосексуальный тренинг.

Этот вид тренинга имеет целью ликвидацию нарушения стереотипа полоролевого поведения, которое может проявляться в форме гиперфеминного или маскулинного поведения у женщин, гипермаскулинного или феминного поведения у мужчин, поскольку это нарушение, как правило, приводит к супружеской дезадаптации.

Мы проводили ролевой психосексуальный тренинг после диагностического периода, во время которого выясняли, на каком этапе, стадии и фазе психосексуального развития произошла девиация полоролевого поведения и какой фактор (психогенный или социогенный) вызвал имеющееся нарушение. Важным диагностическим критерием является при этом выяснение состояния платонического, эротического и сексуального либидо, а также сексуальной установки и типа сексуальной мотивации. Такой анализ дает возможность выявить структуру нарушения психосексуального развития и наметить поэтапную психосексуальную коррекцию.

Психотерапевтический процесс, как и при коммуникативной форме сексуальной дезадаптации, состоял из этапов выработки установки и научения. Прежде всего с супругами проводилась информационно-разъяснительная работа — информирование больных о правильном полоролевом поведении и психосексуальной ориентации. В этот период использовали библиотерапию и рациональную психотерапию в форме индивидуальных и групповых бесед.

Библиотерапия, т. е. "лечение чтением", входит как одно из звеньев в систему психотерапии практически при всех формах сексуальной дисгармонии, но в первую очередь — при дезадаптивных ее формах.

Поскольку в библиотерапии используют обычно художественные произведения (реже — популярные книги в беллетризованной форме), она относится к методам эстетотерапии. Подбор книг для чтения диктуется задачами психотерапевтического воздействия. Для нашего контингента пациентов мы подбирали произведения, которые помогали бы им понимать причины имеющихся у них нарушений поведения (полоролевого, сексуального), подсказывали пути решения конфликтов и способы самовыражения.

Рекомендуя чтение книг в библиотерапевтических целях, мы исходили из трех принципов, сформулированных А. М. Миллер [7], а именно: 1) изложение должно быть доступно для пациента; 2) поведение героя книги, как пример силы духа, должно ободрять нуждающихся в этом людей, не усугублять чувство собственной неполноценности; 3) описанная в книге ситуация должна иметь максимальное сходство с ситуацией, в которой находится пациент. Последнее особенно важно при дезадаптивных формах сексуальной дисгармонии, в основе которых лежит внутриличностный или межличностный конфликт.

Мы применяли метод библиотерапии у всех своих пациентов, применяя ее и в индивидуальной, и в групповой форме. При индивидуальной библиотерапии пациенты читали книги по составленному библиотерапевтическому плану, а затем совместно с врачом проводился разбор прочитанного. При групповой библиотерапии, формируя группу, учитывали степень начитанности и читательские интересы ее членов.

Рациональная психотерапия проводилась при выработке у пациентов, прежде всего у женщин с психопатией, негативного отношения к имеющемуся у них нарушению полоролевого поведения. Ее осуществляли в индивидуальной и групповой форме с помощью разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения. На реконструктивном этапе, целью которого было формирование новых полоролевых установок, также проводили рациональную психотерапию в форме индивидуальных и групповых бесед, дополняя ее библиотерапией.

Завершал психотерапевтическую коррекцию сексуально-поведенческой формы дезадаптации собственно полоролевой тренинг, задачей которого являлось научение нормальному полоролевому поведению. Он проводился в форме индивидуальной и групповой психокоррекции.

После окончания психотерапевтического курса те же методы (индивидуальные, парные, групповые занятия и поведенческий тренинг) использовались в качестве поддерживающей психотерапии для закрепления выработанного правильного полоролевого поведения.

Для коррекции сексуально-эротической формы дезадаптации супружеской пары основным методом служил сексуально-эротический тренинг.

На предшествовавшем проведению тренинга диагностическом этапе выявляли эрогенные зоны супругов, физиологические реакции при воздействии на них, выясняли психологическую приемлемость воздействия. Для этой цели использовали карты эрогенных зон мужчины и женщины, на которых каждый из супругов указывал свою реакцию при

воздействии на ту или иную зону, специальным значком отмечая неприемлемость воздействия. После заполнения карты сверяли, и полученная информация учитывалась при проведении тренинга. Следует заметить, однако, что сексуально-эротический тренинг имеет свои противопоказания. Это низкий уровень социальной и психологической адаптации супругов; неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни; психологическая неприемлемость обследования с помощью карты эрогенных зон; нарушение полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. При наличии таких противопоказаний необходимо, прежде чем проводить сексуально-эротический тренинг, нормализовать уровень социально-психологической и психологической адаптации супругов, повысить их осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни, нормализовать полоролевое поведение и психосексуальную ориентацию.

Сексуально-эротическая дезадаптация в подавляющем большинстве случаев является следствием низкого уровня информированности супругов в области секса, неправильных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции и связанной с этим искаженной оценкой супругами своих сексуальных проявлений. Это диктует необходимость проведения на этапе выработки установки когнитивной (информационной) психотерапии.

Методика когнитивной коррекции является специальным самостоятельным способом воздействия. В ее задачу входит ликвидация дефицита информации путем последовательного и планомерного повышения уровня осведомленности и компетентности супругов в вопросах межличностных отношений и психогигиены половой жизни. Для достижения этой цели супружеской паре рекомендуется чтение соответствующей литературы, например книг К. Имелинского "Психогигиена половой жизни" (Пер. с польск. — М.: Медицина, 1973), В. В. Кришталя, Г. П. Андруха "Сексуальная гармония супружеской пары"; "Сексуальная дисгармония супружеской пары" (Харьков, 1996) и др. В ряде случаев только повышение знаний в области общения и осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни способствует нормализации взаимоотношений между супругами и ликвидации сексуальной дезадаптации.

С целью нормализации общения супругов на этом этапе целесообразно использовать, помимо библиотерапии, описанную выше супружескую тактику Карнеги.

Задача нивелирования неправильной оценки супругами своих сексуальных проявлений решается с помощью рациональной (разъяснительной) психотерапевтической коррекции, которая проводится в форме индивидуальных, парных и групповых бесед, собеседований, лекций по следующей тематике:

1. Анатомо-физиологические особенности половой функции.
2. Психология и физиология половой жизни.
3. Причины и условия развития сексуальной дисгармонии.
4. Гигиена и психогигиена половой жизни.

Необходимо отметить, что дефицит информации и нередко неправильная осведомленность в области психогигиены половой жизни, а следовательно, и недостаточная сексуально-эротическая адаптация наблюдаются у большинства супружеских пар при всех дезадаптивных формах сексуальной дисгармонии, хотя и не являются их причиной. Поэтому когнитивная психотерапия должна входить составной частью в систему дифференцированной психотерапевтической коррекции каждой формы сексуальной дезадаптации.

Второй этап коррекции рассматриваемой формы дезадаптации — этап научения правильному сексуальному поведению — представляет собой собственно сексуально-эротический тренинг. Он проводится после повышения осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни, коррекции их представлений о сексуальных физиологических реакциях и выработки новой установки на проведение полового акта.

Задача сексуально-эротического тренинга — научение супругов правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга и адекватной технике полового акта, в результате чего супруги находят оптимальную форму сексуального поведения.

Завершает коррекцию сексуально-эротической дезадаптации поддерживающая психотерапия в форме индивидуальных и совместных собеседований с супругами, направленных на закрепление выработки оптимального сексуального поведения.

Коррекция конституциональной формы сексуальной дезадаптации определялась причиной несоответствия типов половой конституции у находившихся под нашим наблюдением супругов, а именно тем обстоятельством, что у большинства женщин была слабая или ослабленная средняя половая конституция.

На первом этапе коррекции — этапе выработки установки — использовали рациональную психотерапию в форме парных (супружеских) бесед, в которых пациентке разъясняли, что при свойственном ей типе половой конституции не каждый половой акт должен обязательно приводить к оргазму и тем не менее она может и должна получать психосексуальное удовлетворение. Это достигается благодаря взаимно-альтруистическому типу сексуальной мотивации и соответствующему мотиву полового акта — желанию дать наслаждение супругу, для чего следует проводить мотивационный тренинг. Одновременно мужу пациентки разъясняли необходимость активизировать предварительный период полового акта, создавая обстановку, благоприятствующую тесному духовному и телесному общению, рекомендовали использовать с этой целью музыку, эротические духи, способствующие сексуальному возбуждению (духи "д'Амур", "Духи любви 114"); можно применять и специальные кремы, обостряющие сексуальные ощущения (крем "Мадам", "Крем сестры Ирмгард" и др.).

На этапе научения проводили сексуально-эротический тренинг, в процессе которого супруги должны были найти оптимальные способы и приемы воздействия в предварительный период и во время самого полового акта, наиболее приемлемые

для женщины и в наибольшей степени возбуждающие ее.

Следует отметить при этом, что успех описанной психотерапевтической коррекции может быть достигнут только при высоком уровне психологической адаптации супругов и активном участии обоих в психотерапевтическом процессе.

В результате проведенного лечения при всех дезадаптивных формах сексуальной дисгармонии в подавляющем большинстве случаев удавалось достигнуть сексуальной адаптации супругов. В свою очередь нормализация половой жизни способствовала более благоприятному течению психопатии у женщин, уменьшению частоты ее декомпенсаций. При катамнестическом наблюдении в течение 2 лет ни у одной больной не было отмечено декомпенсации, связанной с нарушением сексуальной адаптации супругов.

Литература:

1. *П. Б. Ганнушкин.* Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика.— М.: Медгиз, 1933.— 186 с.

2. *А. Е. Личко.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Ленинград, 1977. — 208 с.

3. *Г. К. Ушаков.* Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1978. — 397 с.

4. *В. В. Кришталь.* Сексология. Т. II. Общая сексопатология. — Харьков, 1997. — 272 с.

5. *S. Kratochvil.* Terapeuticka komunita. — Praha: Academia, 1979. — 117 s.

6. *С. Кратохвил.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991. — 336 с.

7. *А. М. Миллер.* Некоторые приемы психотерапевтического использования средств искусства в комплексе санаторно-курортного лечения // Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте: Тез. докл. всес. науч.-практ. конференции. — Харьков, 1979. — С. 27—29.

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF DISADAPTIVE FORMS OF SEXUAL DISHARMONY AT PSYCHOPATHY IN WOMEN

V. V. Nikolaev

The Kharkiv Institute for Advanced Training of Doctors
Kharkiv

Forms and methods of psychotherapeutic correction of different forms of sexual disadaptation (communicative, sexual-behavioural, sexual-erotic, aversive, constitutional ones), which develop at psychopathy in women, are described. A differential approach to their correction is proved to be necessary. An efficiency of developed by author system of pathogenic psychotherapy of sexual disadaptation in spouses with psychopathy in wife is shown.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ

В. Я. Пишель

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии
г. Киев

Негативный лекарственный патоморфоз эндогенных психозов, адаптация к психотропным препаратам при длительном их применении привели к увеличению числа больных, резистентных к психофармакотерапии. В связи с этим в психиатрической клинике все шире используются немедикаментозные методы лечения: внутривенное лазерное облучение крови, краниоцеребральная гипотермия, гипербарическая оксигенация, люкс-терапия и ряд других [3]. Вновь возрастает интерес к шоковым методам — электросудорожной, инсулинокоматозной, атропинокоматозной терапии в их современных модификациях; их применение позволяет избежать отрицательные эффекты психофармакотерапии [4, 6].

Одним из перспективных направлений современной клинической медицины является разработка и использование в комплексном лечении целого ряда заболеваний методов экстракорпоральной детоксикации, в частности, плазмафереза (ПФ).

Лечебный эффект ПФ связывают с удалением из сосудистого русла антигенов, антител, иммунных комплексов, экзо- и эндотоксинов, а также — с повышением функциональной активности кроветворных, стромальных и иммунокомпетентных клеток за счет их деплазмирования. Иммунокорригирующий эффект ПФ представляет особый интерес в связи с полученными в последние годы убедительными доказательствами участия иммунных нарушений как в развитии и течении психических нарушений, так и в формировании резистентности к психофармакотерапии [2].

Несмотря на это, ПФ до настоящего времени не получил широкого распространения в терапии психических заболеваний. В литературе имеются указания лишь на отдельные исследования, посвященные данному вопросу [5].

Целью настоящей работы явилось изучение терапевтической эффективности сочетанного применения ПФ и электросудорожной терапии (ЭСТ) в

лечении резистентных к психофармакотерапии состояний у больных эндогенными психозами.

Под наблюдением находилось 78 больных эндогенными психозами с различными психопатологическими состояниями, резистентными к психофармакотерапии. Маниакально-депрессивный психоз был диагностирован у 12 больных (4 мужчин и 8 женщин), малопрогредиентная шизофрения — у 15 (11 и 4), приступообразно-прогредиентная — у 23 (16 и 7), непрерывно-прогредиентная — у 28 (17 и 11) пациентов. Средний возраст обследованных составил 38,7±2,1 года. По ведущему психопатологическому синдрому больные распределились следующим образом: тревожная депрессия — 7 пациентов, апатическая депрессия — 9, депрессивно-бредовый синдром — 19, сенесто-ипохондрический — 6, обсессивно-фобический — 4, галлюцинаторно-параноидный синдром — 33 больных.

Терапевтическая резистентность определялась как отсутствие ожидаемого эффекта при адекватной дифференцированной психофармакотерапии в соответствии с принципами, разработанными Г. Я. Авруцким и А. А. Недувой [1].

Все обследованные были распределены на 2 группы, существенно не различавшиеся между собой по основным клинико-демографическим характеристикам. В 1-ю (основную) группу вошли 38 пациентов, которым проводилась комплексная терапия с применением ПФ и ЭСТ. 2-ю (контрольную) группу составили 40 больных, которым назначалась ЭСТ.

В основной группе использовалась методика дискретного ПФ с одномоментной эксфузией 800—1000 мл плазмы и последующим ее замещением равноценным объемом кристаллоидных растворов (физиологический раствор, 5 %-й раствор глюкозы). Проводилось 3 сеанса ПФ с интервалом в 2—3 дня. Параллельно назначалась корригирующая инфузионная терапия, ноотропы, адаптогены. Ранее проводившаяся психофармакотерапия временно отменялась. По окончании курса экстракорпоральной детоксикации проводилась билатеральная ЭСТ с использованием комбинированного наркоза. Сеансы ЭСТ проводились ежедневно или через день, количество сеансов варьировало от 5 до 12 в зависимости от темпа редукции ведущей психопатологической симптоматики. При отсутствии положительной динамики после 5-го сеанса ЭСТ отменялась. В контрольной группе ЭСТ проводилась по аналогичной методике.

Для закрепления достигнутого эффекта больным обеих групп на последующих этапах вновь назначалась психофармакотерапия, при этом предпочтение отдавалось нейролептикам пролонгированного действия — галоперидол-деканоат, пипортил, модитен-депо в сочетании с антидепрессантами, транквилизаторами, корректорами.

Предложенный терапевтический подход к лечению резистентных психопатологических состояний оказался достаточно эффективным. Полная или значительная редукция ведущего психопатологического синдрома наблюдалась у 27 больных (71,1 %). При использовании ЭСТ данный показатель был заметно ниже — 18 больных (45,0 %).

Эффективность терапевтических программ в основной и контрольной группах в зависимости от нозологической принадлежности и от типа течения (темпа прогредиентности) заболевания представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Эффективность лечения в зависимости от формы и течения заболевания у пациентов основной группы

Форма, тип течения заболевания	Всего больных	Полная редукция симптоматики		Значительная редукция симптоматики		Отсутствие эффекта	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
МДП	6	2	33,3	4	66,7	0	0
Шизофрения малопрогредиентная	7	2	28,6	3	42,8	2	28,6
Шизофрения приступообразно-прогредиентная	11	4	36,4	6	54,5	1	9,1
Шизофрения непрерывно-прогредиентная	14	1	7,1	5	35,7	8	57,2
ИТОГО	38	9	23,7	18	47,4	11	28,9

Таблица 2

Эффективность лечения в зависимости от формы и течения заболевания у пациентов контрольной группы

Форма, тип течения заболевания	Всего больных	Полная редукция симптоматики		Значительная редукция симптоматики		Отсутствие эффекта	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
МДП	6	3	50,0	3	50,0	0	0
Шизофрения малопрогредиентная	8	0	0	2	25,0	6	75,0
Шизофрения приступообразно-прогредиентная	12	2	16,7	6	50,0	4	33,3
Шизофрения непрерывно-прогредиентная	14	0	0	2	14,3	12	85,7
ИТОГО	40	5	12,5	13	32,5	22	55,0

Представленные в таблицах 1 и 2 данные свидетельствуют о зависимости эффективности терапии от темпа прогредиентности заболевания — чем меньшей была степень прогредиентности, тем значительнее оказывался эффект проводимого лечения. При этом данная зависимость наблюдалась как при использовании ПФ в сочетании с ЭСТ, так и при самостоятельном применении ЭСТ.

В обеих группах максимальный эффект достигался при маниакально-депрессивном психозе, достаточно высокий — при приступообразно-прогредиентной шизофрении. Менее выраженный эффект отмечался при малопрогредиентном течении заболевания.

Вместе с тем, результаты лечения больных малопрогредиентной и непрерывно-прогредиентной шизофренией при сочетанном применении ПФ и ЭСТ оказались значительно выше в сравнении с ЭСТ — улучшение состояния наблюдалось у 71,4 % и 42,8 % пациентов против 25,0 % и 14,3 % соответственно.

Степень эффективности сравниваемых терапевтических подходов зависела также и от преобладания в структуре психопатологических расстройств той или иной симптоматики. Наиболее выраженный эффект как в основной, так и в контрольной группах достигался при психопатологических состояниях, в структуре которых преобладали аффективные нарушения — тревожная или апатическая депрессия, депрессивно-бредовая симптоматика. Однако в случаях, где ведущими психопатологическими синдромами являлись сенесто-ипохондрический, обсессивно-фобический или галлюцинаторно-параноидный, эффективность сочетанного применения ПФ и ЭСТ оказывалась заметно выше, чем при ЭСТ.

Клинический анализ результатов лечения резистентных к психофармакотерапии психопатологических состояний у больных эндогенными психозами выявил ряд важных закономерностей терапевтического действия ПФ в сочетании с ЭСТ. Прежде всего, предложенный комплексный подход оказался значительно эффективнее, чем самостоятельное применение ЭСТ. Это можно объяснить синергизмом действия двух методов лечения, обладающих разным спектром терапевтической активности. ЭСТ, благодаря мощному недифференцированному общебиологическому воздействию, имеет выраженный антипсихотический эффект, наиболее ярко проявляющийся при аффективных и галлюцинаторно-параноидных расстройствах.

Плазмаферез, в отличие от ЭСТ, не обладает непосредственным антипсихотическим действием, но в связи с выраженным детоксикационным и иммунокорригирующим эффектами резко повышает чувствительность к психотропным препаратам. Определенную роль в этом процессе играет, по-видимому, и фактор одномоментной отмены психофармакотерапии, проводившейся перед назначением ПФ. Также следует отметить отчетливое психостимулирующее воздействие ПФ, которое наблюдалось у большинства больных (68,4 %).

Таким образом, у больных эндогенными психозами с резистентностью к психофармакотерапии ПФ оказывал первичный активирующий и психостимулирующий эффекты и опосредованное антипсихотическое действие, обусловленное снижением толерантности к психотропным препаратам.

Результаты исследования выявили также четкую зависимость эффективности разработанной терапевтической программы от типа течения заболевания и ведущего психопатологического синдрома. Это позволило предложить конкретные дифференцированные показания к ее применению: использование данного подхода наиболее показано при резистентных к психофармакотерапии сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических состояниях в рамках малопрогредиентной шизофрении, а также при галлюцинаторно-параноидном синдроме при непрерывно-прогредиентном течении заболевания. Вполне обосновано, на наш взгляд, назначение ПФ в сочетании с ЭСТ и при аффективно-бредовых расстройствах у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в случаях, когда другие методы лечения, включая шоковые, оказались малоэффективны.

Литература:

1. *Авруцкий Г. Я., Недува А. А.* Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1987. — 528 с.

2. *Говорин Н. В., Ложкина А. Н.* Антитела к нейролептикам и их роль в механизмах формирования терапевтической резистентности при психофармакотерапии больных параноидной шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1991. — Вып. 7. — С. 117—121.

3. *Кутько И. И., Царицинский В. Н., Бачериков А. Н., Павленко В. В.* Нетрадиционные методы лечения эндогенных психозов. — Киев: Здоров'я, 1992. — 144 с.

4. *Кутько И. И., Стефановский В. А., Букреев В. И.* Сочетание электросудорожной и инсулинокоматозной терапии при непрерывно-прогредиентной форме шизофрении// Электросудорожная и другие виды терапии психических заболеваний: Материалы международ. конф.— Киев — Львов, 1993. — С. 21.

5. *Малин Д. И., Костицын Н. В.* Плазмаферез в сочетании с одномоментной отменой психотропных средств в лечении резистентных депрессивных состояний у больных эндогенными психозами // Журн. социальной и клинической психиатрии. — 1993. — № 3. — С. 95—99.

6. *Реминяк В. И.* Преодоление терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина. — Харьков: Факт, 1997. — 192 с.

PLASMAPHERESIS IN COMBINATION WITH ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF THERAPY-RESISTANT PATIENTS WITH ENDOGENOUS PSYCHOSIS

V. Ja. Pishel

Ukranian Research Institution of Social and Forensic Psychiatry

Kyiv

The efficacy of combined use of plasmapheresis and electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of therapy-resistant endogenous psychotic patients was studied. A number of important regulators of therapeutic action in offered programme was determined as well its high efficacy. We have elaborated certain differentiated indications as to the use of plasmapheresis in combination with ECT.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

С. В. Сало

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Сосудистые заболевания мозга составляют от 30 % до 50 % всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. Инсульт, как самое тяжелое осложнение, более чем в половине случаев поражает людей полных творческих сил. Высока степень инвалидизации этих больных: 20 % возвращается к труду, 60 % — остается инвалидами, и еще 20 % больных нуждается в постоянном уходе.

Различные двигательные нарушения, которые встречаются у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) обусловлены синдромом поражения центрального мотонейрона (ПЦМ). Одним из компонентов этого синдрома является спастический мышечный гипертонус.

Применяемое в настоящее время немедикаментозное лечение больных с параличами и парезами при сосудистых поражениях головного мозга (массаж, лечебная гимнастика, физиопроцедуры) требует больших и длительных усилий как медицинского персонала, так и самих больных [2,3,4]. Низкая эффективность этих методик связана с незначительным и непродолжительным влиянием на повышенный мышечный тонус. Медикаментозное воздействие на спастический гипертонус мышц также имеет свои недостатки в виде побочных явлений, особенно при длительном применении [7].

Важное значение в патогенезе мышечного гипертонуса спастического типа при центральных параличах и парезах имеет функциональные блоки позвонково-двигательных сегментов (ПДС) [1]. Учитывая это, нами изучалась роль и значение мануальной терапии позвоночника в комплексном лечении спастичности у лиц, перенесших инсульт.

Было обследовано 24 больных, различных возрастных групп, перенесших ОНМК в различных сосудистых бассейнах, в периоде от двух месяцев до нескольких лет от начала заболевания с остаточными явлениями в виде гемипарезов и спастическим мышечным гипертонусом. Возраст больных колебался от 21 года до 68 лет. 45 % — лица женского пола, 55 % — мужского.

Для количественной оценки спастического мышечного гипертонуса и объективизации динамики его изменений в процессе лечения, наряду с модифицированной шкалой Эшворта, использовалась комбинация гониометрии с параллельным проведением ЭМГ. Измерялся порог рефлекса на растяжение в спастичных мышцах. Порог рефлекса на растяжение — это угол, при котором возникает резкое увеличение электрического потенциала мышцы на ее растяжение. Исследование проводилось в сгибателях предплечья, четырехглавой мышце, трехглавой мышце голени. Величина угла, при котором развивался рефлекс на растяжение, соотносилась с нормой (на здоровой стороне у пациентов с гемиплегией) и выражалась в процентах от нормы [5, 6]. Сравнивались данные, измеряемые в процессе курса лечения и в ряде контрольных групп. Во всех случаях проводилось лечение сосудистыми препаратами, направленное на улучшение церебральной гемодинамики, микроциркуляции, стабилизации АД, липидного обмена и др. В первой группе (11 человек) проводилось только немедикаментозная терапия. Во второй контрольной группе (6 человек) использовалось комбинированное лечение, как с использованием миорелаксантов, так и немедикаментозно. Третья группа (4 человека) включала больных которым проводилась терапия только миорелаксантами. В последней контрольной группе (3 человека) проводилась только сосудистая терапия.

Немедикаментозное лечение включало в себя: массаж, как общий, так и паретичных конечностей, направленный на подготовку мускулатуры больного к манипуляциям; манипуляции на позвоночнике и конечностях; мобилизация и разработка в суставах паретичных конечностей; точечный массаж.

Наряду с неврологическим статусом при проведении сеансов учитывалось общее соматическое состояние пациента, уровень АД, состояние позвоночника и периферических суставов (по данным рентгенографии).

В результате исследований было отмечено, что у больных со спастичностью после проведенного лечения с использованием мануальной коррекции в большинстве случаев (88 %) выявлялось достоверное снижение мышечного тонуса (см. таблицу). Даже 2 человека у которых не удалось объективно зарегистрировать снижение тонуса, субъективно отметили большую расслабленность в паретичных конечностях.

На протяжении лечения кроме снижения спастичности клинически отмечалось некоторое снижение повышенных сухожильных рефлексов, увеличилась амплитуда пассивных движений в паретичных конечностях (тыльное сгибание стопы, разгибание и супинация кисти, разгибание предплечья). Как следствие вышеописанных изменений, отмечалось улучшение двигательных навыков: походки, подъем руки вверх, заведение за спину. Увеличение силы в паретичных конечностях на протяжении лечения не наблюдалось.

Таблица

Группа больных	Немедикаментозная терапия		Немедикаментозная терапия + миорелаксанты		Миорелаксанты		Сосудистая терапия
Всего, чел.	11		6		4		3
Улучшение более 30%, чел.	1	1	1	2	—	—	—
Улучшение менее 30%, чел.	8	8	4	4	—	4	—
Без изменений, чел.	2	2	1	—	4	—	3
Сроки	В первые дни	После 2-х недель	В первые дни	После 2-х недель	В первые дни	После 2-х недель	После 2-х недель

Анализируя клинические данные, следует отметить, что наибольший эффект в снижении спастического мышечного гипертонуса наступал после 1—2-х сеансов мануальной терапии (первая группа). Улучшение в результате приема миорелаксантов наблюдается только после, как минимум, недельного приема (3 группа). Таким образом эти два направления взаимно дополняют друг друга, что отражают данные по второй контрольной группе.

Таким образом, после проведения курса лечения с использованием мануальной коррекции позвоночника отмечалось достоверное снижение спастического мышечного гипертонуса. Данная методика позволяет более интенсивно воздействовать на спастику. Эффект наступает в течении первых сеансов. При комбинированном лечении в группах, где использовались миорелаксанты и мануальная терапия, отмечается большая эффективность.

В заключение следует предположить, что в этиопатогенезе спастических нарушений при синдроме ПЦМ наряду с изменениями центральных структур головного мозга имеет место дисфункция между центральными и периферическими структурами нервной системы. Одним из патоморфологических субстратов указанных дисгармонических проявлений является функциональный блок ПДС. Анатомо-функциональные особенности позвоночника способствуют у больных, перенесших мозговой инсульт, появлению функциональных блоков ПДС на разных уровнях. Эти блоки потенцируют патологическую дисрегуляцию между горизонтальной (сегментарной) и вертикальной (центральной) составляющими двигательного акта и приводят к нарушению мышечного тонуса. Положительные результаты проведенных исследований подтверждают вышеописанные предположения.

Ключевая роль в снижении спастики принадлежала мануальной коррекции позвоночника, посредством которой устранялись функциональные блоки в ПДС и снижался дисбаланс между центральными и периферическими структурами нервной системы. Как показало исследование, наилучший результат достигался при комбинированном применении миорелаксантов (баклофен) и мануальной терапии. Этот факт подтверждает, что вышеуказанные методики, снижающие спастический мышечный гипертонус, действуют на различные звенья патогенеза.

Литература:

1. *Козявкін В. І.* Патент України № 7172А на винахід "Спосіб лікування хворих на дитячий церебральний параліч" 1995 р.

2. *Бейн Э. С., Столярова Л. Г., Ткачева Г. Р.* Некоторые теоретические вопросы реабилитации больных, перенесших инсульт // Кн. Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л.: Медицина, 1975. — С. 9—12.

3. *Белая Н. А.* Руководство по лечебному массажу. — М.: Медицина, 1974.— 327 с.

4. *Куничев Л. А.* Лечебный массаж. — Л.: Медицина, 1981.

5. *Bohannon R. W., Smith M. B.*: Interrater reliability on modified Ashworth scale of muscle spasticity. Neurology 8: 846—851, 1987.

6. *Burry H. S.*: Objective measurement of spasticity. Dev. Med. Child. Neurol. 14: 508—510. 1982.

7. *Young RR, Delwaide PJ*: Drug therapy: spasticity. N. Engl. J. Med. 304: 28—33, 96—99, 1981.

APPLICATION OF MANUAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF SPASTIC STATES IN INSULT PATIENTS

S. V. Salo

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

Twenty four insult patients were investigated in the period from two months to several years after the onset of symptoms, with residual manifestations in the form of hemipareses and spastic muscular hypertension. The role and significance of manual therapy of vertebral column in the complex treatment of spastics was studied. After the treatment with manual therapy of the vertebral column a significant (88 %) reduction of spastic muscular hypertension was observed. The maximum efficiency was observed at combined treatment with myorelaxants.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

М. П. Беро

Донецкая областная клиническая психиатрическая больница г. Донецк

Психология общественной жизни, в которой были воспитаны обследованные нами ликвидаторы аварии на ЧАЭС и их жены, была построена на однозначном подчинении всех сверху донизу и мало учитывала внутреннее состояние исполнителей указаний. Это было нормой во всех учреждениях, начиная от детского сада, школы и заканчивая каждым рабочим местом. Превалировала идеология, при которой преимущество отдавалось общественному, а не личному. В настоящее время она сменилась противоположной крайностью — превалирует идея собственного благополучия в условиях, когда механизмы внутреннего совершенствования, выработанные в цивилизованном обществе, еще не начали функционировать.

Учет психологии индивидуума — один из важных признаков здорового общества. Состояние психологического комфорта человека в семье, особенно ребенка, в значительной мере определяет его позицию в обществе [1].

Вопрос о психологическом климате в семьях ликвидаторов аварии на ЧАЭС является сложным из-за целого ряда обстоятельств: с одной стороны, представители старшего поколения (а "ликвидаторские" семьи — тоталитарны, пропитаны пафосом героизма и борьбы за свои права) сознательно осуществляют психологическое давление, "желая ребенку добра". С другой стороны, объект этого давления — ребенок, может быть повышенно обидчив и воспринимать как насилие обычное воспитание, от которого более спокойный от рождения ребенок совсем бы не страдал.

Индивидуальный мир ребенка, его эмоциональное восприятие людей и обстоятельств необходимо изучать непосредственно в микросоциальной среде, прежде всего в семье, где ребенок приобретает первоначальный сознательный опыт. В этом аспекте важной представляется проблема психологического дискомфорта ребенка. Для успешной коррекции психологического климата в семье и профилактики дискомфорта необходимо своевременно выявлять причину последнего и разработать методы, позволяющие гармонизировать взаимоотношения ребенка и окружающих его взрослых.

Цель работы — исследование эмоционального отношения ребенка к психологически значимому взрослому в зависимости от условий воспитания, особенностей личности родителей и характера взаимоотношений в семье.

Под нашим наблюдением находились 195 детей (104 мальчика и 91 девочка) ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте от 7 до 11 лет (учащиеся 1-х — 5-х классов).

При проведении исследований мы пользовались диагностическими рисунками на темы "Семья", "Детский сад", "Школа" и цветовым тестом отношений [2]. Оценивались как расположение, размеры и зрелость рисунка, так и выбранная цветовая гамма. С помощью этих тестов за короткий промежуток удавалось выявить детей с эмоциональными и личностными проблемами. С помощью направленного анкетирования выяснялись взаимоотношения детей в семье и в школе.

Результаты исследований показали большую распространенность проблем воспитания детей в семьях ликвидаторов.

Эмоционально негативное отношение к матерям было выявлено у 10 % детей, к обоим родителям — у 24 % детей, к отцу негативно относились 4 % детей.

Анализ причин отрицательного отношения детей к родителям позволил установить, что чаще всего оно было связано с такими чертами личности отца как возбудимость, раздражительность, нетерпимость, агрессивность, с конфликтными взаимоотношениями родителей, а также с социальными проблемами, алкоголизацией отца, его установками на получение социальных льгот (жилплощади, пенсии, путевки и т. д.). Часто негативное отношение к отцу было обусловлено тем, что дети редко общались с ним, поскольку у него не находилось времени для семейных дел, а также тем, что он постоянно требовал внимания окружающих в связи со своим хроническим "тяжелым заболеванием". Как правило, в таких семьях недовольство мужем высказывала и жена. В части семей практиковались жестокие наказания детей за невыполнение ими своих семейных, бытовых обязанностей.

У детей младших классов причиной негативного отношения к родителям были завышенные, суровые требования, связанные с обучением ребенка. Часто в основе такой "требовательности" лежал перенос, в большинстве случаев неосознаваемый, отрицательного отношения взрослых к своим недостаткам или неудовлетворенность другим супругом.

Результаты обследования показали также, что для родителей негативное эмоциональное отношение детей к ним явились новостью, родители не осознавали, что оказывают чрезмерное психологическое давление на ребенка.

Негативное отношение к себе в результате неправильного воспитания (воспитания по типу Золушки, эмоционального отвержения, непоследовательного воспитания), способствующего формированию у ребенка комплекса неполноценности, сложилось у 4 % обследованных девочек и 8 % мальчиков, а еще у 5 % девочек и 9 % мальчиков наблюдалось негативное отношение к своим братьям и сестрам.

Показатели негативного отношения к учителям

младших классов оказались на 10 % ниже показателей негативного отношения к матери.

Анализ показателей эмоциональных проблем у детей в семьях ликвидаторов привел нас к выводу, что они связаны с личностными особенностями отцов — имеющимися у них неврозоподобными, психопатоподобными синдромами, патохарактерологическим развитием личности и невротизацией матерей.

Результаты проведенного исследования приводят к заключению, что нарушения психического состояния ликвидаторов аварии, определяющие конфликтный характер их взаимоотношений с женой и отношение к детям, неправильные типы воспитания служат психотравмирующими факторами и приводят к развитию у детей внутриличностного конфликта. Это должно быть учтено при разработке системы психотерапевтической коррекции семей ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС и мер профилактики психологического дискомфорта детей.

Литература:

1. *Базыльчик С. В.* Пограничные нервно-психические расстройства у детей и подростков, проживающих на территориях радиоактивного загрязнения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 1993. — 23 с.

2 *Эткина А. М.* Цветовой тест отношений // Общ. психодиагностика: Основы психодиагност., немед. психотерапии и психол. консультирования. — М., 1987. — С. 221—227.

EMOTIONAL DISORDERS IN CHILDREN OF PARTICIPANTS IN LIQUIDATION THE CRASH ON CHERNOBYL AES

M. P. Bero

Donetsk regional clinical psychiatric hospital
Donetsk

Psychogenic factors assisting a development of an intropersonal conflict and pathologic forming personality were revealed in children of liquidators of the crash on ChAES. It was shown that pathogenic influence of these factors is need to take into account at psychotherapeutic correction of liquidators' families and working out methods of prophylactic psychological discomfort in their families.

РОЛЬ МІКРОСОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА У ГЕНЕЗІ ДОХВОРОБНИХ ПСИХІЧНИХ ЗМІН У ДЕЛІНКВЕНТНИХ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Л. М. Гайчук

Харківський державний медичний університет
Харків

В сучасних умовах громадської нестабільності криза підліткового віку набуває актуального характеру. Агресивність, немотивована жорстокість, наркоманія і алкоголізм значною частини підлітків представляють серйозну загрозу для суспільства, ставлять під сумнів його майбутнє.

Актуальною проблемою є розробка ефективної системи ранньої діагностики та профілактики дохворобних психічних змін, тому що у цей час відзначається їх неухильний зріст. Ця тенденція особливо висловлена у підлітків, які знаходяться під впливом цілого ряду несприятливих біологічних, соціальних, екологічних чинників.

Неухильний зріст кількості непсихотичних психічних розладів у підлітків ставить проблему вивчення цих порушень у ряд найбільш важливих, що мають як медичне, так і соціальне значення.

У зв'язку з цим нами була здійснена спроба системного підходу до оцінки формування дохворобних психічних змін у делінквентних дівчат-підлітків, яка враховує біологічні, соціально-психологічні, клініко-психопатологічні та поведінкові чинники у їх причинно-наслідовних взаємовідносинах.

Нами було обстежено 98 дівчат-підлітків, які знаходяться в місцях позбавлення волі, та 101 правослухняна учениця 9—11 класів загальноосвітніх шкіл м. Харкова.

У проведеному дослідженні підтверджено істотний вплив несприятливих мікросоціальних чинників на формування граничних психопатологічних порушень. Проте, треба відзначити, що у хворих з порушеними формами поведінки, які визначать їх соціальну дезадаптацію, цей вплив був особливо вираженим. Так, у групі підлітків з делінквентною поведінкою кількість підлітків, які виховуються у неповних сім'ях, була у 2 рази вища у порівнянні з підлітками без проявів порушеної поведінки.

На підтверджування того, що саме сім'я є основою становлення соціальнозрілої особистості, формування навичок адекватної поведінки й прийнятних у суспільстві комунікативних навичок, з'являється той факт, що на проблеми у школі свідчили підлітки обох груп приблизно з однаковою частотою. Це свідчить про те, що школа є додатковою соціальною нишою, де проявляється дезадаптація підлітків. З іншого боку, позашкільна зайнятість,

захоплення спортом, музикою визначають широту інтересів підлітків. Можливість реалізувати свої здібності та прагнення у підлітків з порушеними формами поведінки відзначалася у 2 рази рідше, ніж у практично зорових учнів. Аддективна поведінка у вигляді тютюнопаління, епізодичного вживання алкогольних напоїв та наркотиків у 6 разів частіше реєструвалася у делінквентних підлітків.

Аналіз особливостей особистості, проведений нами у підлітків, дозволив визначити, що у підлітків-злочинців показники оціпних шкал і більшість клінічних шкал вищі ніж у практично здорових школярів. У профілі визначаються піки зі шкал істерії та психопатії. Таким чином, враховуючи, що профіль СМОЛ представляє собою графічне зображення взаємопов'язаних показників, які характеризують ступінь вираження особистих особливостей у даного індивіда, характерна перевага підозри, упертості, ригідності афективних реакцій, відокремленості від навколишніх, котрі у більшості з них можуть проявлятися як акцентуація особистості.

Під час роботи були проаналізовані рівні конфліктності. Рівень конфліктності за інтенсивністю і спрямованістю був різноманітним. Так, у дівчат-правопорушніць рівень конфліктності був найвищим. Найбільший рівень емоційної напруженості у практично здорових старшокласніць визначено відносно до страхів та побоювань вчителів, батька, осіб протилежної статі, власної особистості. У делінквентних дівчат — відносно до сім'ї та свого майбутнього, які при тому не тільки кількісно, але і якісно відрізняються від напрямків конфліктності практично здорових школярок, тобто виникає непереборний конфлікт. У підлітків-злочинців відзначається високий рівень конфліктності до своєї родини, батька, матері, але найбільш високий рівень конфлікту відзначається по відношенню до страхів та побоювань, минулого, усвідомлення провини, осіб протилежної статі. Непереборний конфлікт виникає відносно до майбутнього — "майбутнє здається мені похмурим", "його немає", "я вже нічого не хочу".

Нами були вивчені кореляційні зв'язки між кількістю скарг, психічних змін, особливостей особистості, рівнем конфліктності, характером мікросоціальних умов життя і навчання дівчат-підлітків, з інтенсивністю соціальної дезадаптації, з урахуванням кількості значущих кореляцій, розміру та напрямків кореляційних зв'язків, їх зміни в різноманітних групах підлітків.

Нами встановлені тісні взаємовідносини між психічними змінами у різноманітних психічних сферах як у практично здорових старшокласніць, так і в групі делінквентних дівчат-підлітків. У практично здорових школярів визначені позитивні кореляційні зв'язки між кількістю змін в різноманітних психічних сферах, котрі свідчать про їх тісну взаємозв'язаність і взаємообумовленість, тому що виникнення змін у будь-якій психічній сфері з високою часткою імовірності буде супроводжуватися виникненням змін у інших сферах, що більш усього характерно для уваги, пам'яті, сприйняття, мислення. У делінквентних дівчат-підлітків визначається зміцнення сили кореляційних взаємозв'язків між кількістю скарг, психічних змін, що більш усього характерно для сфери сприйняття, свідомості, мислення. Зростання значень коефіцієнтів кореляцій у групах асоціальних підлітків у порівнянні з практично здоровими школярами визначено тільки в ефекторно-вольовій сфері, особливо в її взаємозв'язках зі сферами уваги, пам'яті та мислення.

У порівнянні з правослухняними дівчатами у дівчат-злочинців спостерігається інверсія знаку кореляційних зв'язків шкали нещирості з кількістю скарг, психічних змін, так що при зростанні у цих осіб кількості суб'єктивно відзначених скарг на загальне самопочуття або змін у різноманітних психічних сферах зростає і значення шкали нещирості, яке може свідчити про недостатню правильну суб'єктивну оцінку ними свого стану. Це також підтверджує і напрям, що змінився, кореляційних зв'язків між кількістю загальносоматичних скарг і показниками шкал СМОЛ.

З клінічних шкал СМОЛ найбільша кількість значущих кореляційних зв'язків з різноманітними психічними сферами має шкала депресії, так найбільше значення коефіцієнтів кореляції визначено між її показниками і в сферах пам'яті та уваги, ефекторно-вольовій та мислення.

Зростання суб'єктивно визначених дівчатами-підлітками змін з боку ефекторно-вольової сфери, таких як неадекватність вчінків, порушення форми поведінки, швидка виснажливість і інше може поєднуватися з загостренням особливостей особистості, які визначаються зазначеними шкалами СМОЛ.

У соціально дезадаптованих дівчат-підлітків, які мають конфлікти з суспільством, які вчинили протиправні дії, виявлені кореляційні зв'язки з кількістю змін у сфері сприйняття, мислення, емоційної, ефекторно-вольовій сферах, з боку свідомості. Нами виявлені також кореляційні залежності між вираженням конфліктів з батьками і наявністю психічних змін ефекторно-вольовій, емоційній сферах, з боку мислення.

Результати аналізу показують, що у підлітків мають місце кореляційні зв'язки між різноманітними напрямками конфліктності. Найбільшу кількість значущих кореляцій з усіма напрямками конфліктності має середня конфліктність: у дисциплінованих старшокласніць з конфліктністю відносно до товаришів, вчителів, однокласників; у дівчат-злочинців до страхів та побоювань, усвідомлення провини, себе, минулого, майбутнього, цілей особистості.

У дівчат-злочинців були виявлені взаємозв'язки між усвідомленням провини і цілями особистості, страхами та побоюваннями, конфліктністю відносно до минулого. Несприятливі соціально-психологічні умови життя, в першу чергу пов'язані з конфліктністю відносно до сім'ї, батька або матері, цілям особистості, викликають у підлітків почуття упевненості в завтрашньому дні, стані дезадаптації.

Таким чином, проведений нами аналіз кореляційних зв'язків показує не тільки кількісну, але і якісну відміну правослухняних дівчат-підлітків від їх однолітків, які позбавлені батьківської опіки, знаходяться в місцях позбавлення волі, що супроводжується зниженням їх адаптаційних резервів.

Ми також проаналізували кореляційні зв'язки між рівнем конфліктності і вираженням факторами ризику розвитку у підлітків делінквентної поведінки і з'ясували, що конфліктність відносно до сім'ї може бути обумовлена у практично здорових школярок: гіперопікою, несприятливими житловими умовами, у дівчат-підлітків, що скоїли злочин, недостатньою увагою з боку батьків, і мають також кореляційні зв'язки з конфліктністю до оточуючих осіб та майбутнього.

Серед інших напрямків конфліктності, які мають кореляційні зв'язки з різноманітними соціально-психологічними факторами ризику розвитку делінквентної поведінки необхідно визначити емоційну напруженість відносно до вчителів, котра корелює з конфліктністю до оточуючих осіб, батьків, що пов'язане з гіперопікою, а також з низькою успішністю.

Мікросоціальні умови взаємопов'язані також з посередньою конфліктністю, що значною мірою характерна для конфліктності відносно до батька, матері, сім'ї та майбутнього.

Був проведений аналіз кореляційних зв'язків між наявністю і ступенем вираження різноманітних соціально-психологічних передумов розвитку порушень поведінки у дівчат-підлітків. Виявлені нами кореляційні взаємозв'язки між різноманітними соціально-психологічними факторами ризику виникнення делінквентної поведінки дівчат-підлітків показують, яка найбільша кількість кореляційних зв'язків з іншими факторами ризику виникнення порушень поведінки має конфліктність відносно до батьків, котра часто поєднується з відсутністю взаєморозуміння з іншими особами, наявністю таких шкідливих звичок, як паління, вживання алкоголю, порушення розпорядку дня, зниженням шкільної успішності, котра у свою чергу, може бути обумовлена порушенням розпорядку дня та супроводжуватися конфліктністю з оточуючими.

У дівчат-підлітків, які вчинили протиправні дії і знаходяться в місцях позбавлення волі, найбільш сильні кореляційні зв'язки виявлені між такими соціально-психологічними факторами ризику, як відсутність взаєморозуміння з іншими особами, невизначеність планів на майбутнє, наявність шкідливих звичок.

Використаний нами комплекс експериментально-психологічних методів обстеження виявив цілий ряд особистих особливостей підлітків, які позбавлені батьківської опіки, котрі можуть визначати можливий шлях формування їх соціальної дезадаптації у вигляді відхиленої поведінки на фоні дохворобних психічних змін.

Спостереження за підлітками в період відбування покарання у ВТК показує, що вони не здатні упоратися з новими умовами життя, підкоряються ж вони цим умовам тільки з однією метою — вижити. Таким чином, необхідно визначити, що під час відбування покарання у ВТК відбувається посилення індивідуально-психологічних особливостей, які складають криміногенний комплекс особистості. Суть посилення полягає у формуванні у неповнолітніх правопорушників внутрішньої готовності до нового злочину, в орієнтації на настанови і цінності злочинної групи.

Таким чином, отримані нами дані свідчать про необхідність комплексного підходу до діагностики дохворобних психічних змін з урахуванням інтенсивності соціальної дезадаптації у підлітків, яка враховує поєднання несприятливих соціальних, клініко-психологічних та фізіологічних чинників, визначає основні напрямки їх корекції та первинної профілактики. Що буде сприяти ефективності роботи психіатрів, психоневрологів, медичних психологів, підліткових терапевтів, психологів-педагогів для відокремлення груп підлітків, які мають високий ризик формування делінквентної поведінки, виникнення дохворобних психічних змін. Це може позитивно відбиватися на профілактиці правопорушень.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMING PREMORBID MENTAL DISORDERS OF THE ADOLESCENTS-DELINQUIENT

L. M. Gachyk

Kharkiv state Medical University

Kharkiv

The results of examination of 98 adolescents with different degree of social disadaptation and expression of preillness psychic changes are given in the work. The clinical and psychologic features of these conditions are established, the most significant diagnostic reasons of disadaptive behaviour of adolescents are highlighted, the approaches to their correction and psychoprophylaxis are developed.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИШЕМИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Л. А. Дзяк, А. Н. Шульга

Днепропетровская государственная медицинская академия г. Днепропетровск

Сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из актуальных проблем неврологии [1, 2, 3]. Это обусловлено высокой частотой ишемических нарушений мозгового кровообращения, которые часто заканчиваются летально или приводят к инвалидности больных. Установлено, что в 30—40 % случаев причиной ишемического инсульта являются окклюзирующие поражения магистральных артерий головы, требующие хирургической операции [1, 4]. Успех хирургической профилактики и лечение ишемических поражений головного мозга во многом зависит от своевременности выявления больных с патологией сосудов шеи и мозга, полноты диагностической информации и обоснованности показаний к хирургическому лечению [1, 2]. В связи с этим уточнение вопросов диагностики, а также особенностей течения острых церебральных ишемий, обусловленных окклюзирующими поражениями магистральных артерий головы, являются весьма актуальными.

Обследовано 253 больных с острыми церебральными ишемиями, обусловленными окклюзионно-стенотическими поражениями сосудов головного мозга. Исследования проводились в 1—3 сутки, 9, 21 сутки и через месяц с момента развития заболевания. Временные интервалы выбраны согласно общепринятой классификации эволюции и течения мозговых инсультов [3].

Объем исследований включал клинико-неврологический анализ, изучение структурных характеристик головного мозга и магистральных артерий головы.

Клинический мониторинг проводился с учетом определения уровня сознания, оценки очаговой неврологической симптоматики, а также состояния витальных функций.

Определялась тяжесть состояния больных, степень которой оценивалась с учетом классификации. Е. В. Гусева (1992 г.).

Изучение структурных характеристик головного мозга осуществлялась с помощью компьютерно-томографических исследований, проводимых на рентгеновском компьютерном томографе фирмы "Simens". Патология магистральных артерий уточнялась с помощью ангиографических исследований, производимых на ангиографическом комплексе MCJ-850 фирмы "GEM" (Бельгия).

Анализ больных с острыми церебральными ишемиями был проведен согласно поражению бассейнов кровоснабжения основных артерий головного мозга, характера поражения сосудов и тяжести состояния больных.

В связи с этим выделены 4 клинические группы исследуемых с острыми церебральными ишемиями. В группу "А" вошли больные с малым инсультом, в группу "Б" — больные с ишемическим инсультом средней тяжести, в группу "В" — пациенты с тяжелым течением инсульта. Группу "Г" составили больные в крайне тяжелом состоянии с летальным исходом.

Распределение больных по тяжести состояния в зависимости от локализации процесса представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с острыми церебральными ишемиями по тяжести состояния в зависимости от локализации процесса

Клинические группы	Сосудистый бассейн			Всего случаев
	Система левой сонной артерии	Система правой сонной артерии	Вертебро-базилярный бассейн	
Группа «А»	40	35	15	90
Группа «Б»	34	25	12	71
Группа «В»	25	20	10	55
Группа «Г»	13	10	14	37
Итого:	112	90	51	253

Полученные результаты показали, что удельный вес больных, находившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, был наиболее высок среди обследуемых с окклюзирующими процессами сосудов вертебро-базилярного бассейна и левой сонной артерии.

Распределение больных по локализации и характеру поражения сосудов представлены в таблице № 2.

Таблица № 2

Характер поражения сосудов головного мозга у обследуемых больных по данным ангиографического обследования

Кол-во больных (всего)	Характер окклюзирующего поражения											
	Окклюзия			Стеноз			Деформация			Сочетанные поражения		
	Бассейн левой сонной артер.	Бассейн правой сонной артер.	ВББ	Бассейн левой сонной артер	Бассейн правой сонной артер.	ВББ	Бассейн левой сонной артер.	Бассейн правой сонной артер.	ВББ	Бассейн левой сонной артер.	Бассейн правой сонной артер.	ВББ
253	41	31	5	14	15	15	28	27	22	29	17	9

Как видно из представленной таблицы, поражения сосудов каротидного бассейна (202 случая) встречаются почти в четыре раза чаще, чем вертебро-базилярного (51 случай).

Полученные результаты показали, что левополушарные инсульты (112 случаев) встречаются несколько чаще правополушарных (90 случаев), что совпадает с мнением авторов (Вінницький А. Р., 1987; Н. В. Верещагин с соавт., 1990 и др.).

Среди причин, вызвавших острые нарушения мозгового кровообращения, чаще встречались окклюзии и деформации сосудов головного мозга, реже наблюдались стенозирующие процессы. Отмечено, что риск заболевания резко возрастает к 40 годам и наибольшее количество инсультов выявлено в группе лиц с возрастом 51—60 лет.

Компьютерная томография головного мозга данного контингента больных показала, что диагностика зон ишемического поражения мозга в каротидном бассейне отмечена нами в 86,4 % случаев и в 40,5 % у больных с инфарктами мозга в вертебро-базилярном бассейне. Наиболее низкая чувствительность компьютерно-томографической диагностики отмечена у больных со стволовыми ишемическими инсультами интратенториальной локализации.

Проведенные клинико-компьютерно-томографические сопоставления не выявили достоверной связи между тяжестью состояния больного, локализацией процесса и размером патологического очага.

В зависимости от характера окклюзирующего процесса выделены три вида поражения — окклюзия, стеноз и деформация. В термин "деформация" включены петлеобразования, извитость и перегибы артерий. К стенозам отнесены поражения, вызывающие сужение артерий. В 39 % случаев наблюдались различные сочетания поражений (например, деформация с одной стороны со стенозом на другой и т. д.).

В таблице № 3 представлена взаимосвязь между характером окклюзирующего процесса, вызвавшего развитие мозгового инфаркта, и полом больных.

Таблица № 3

№ п/п	Характер поражения	Женщины	Мужчины
1	Окклюзия	48	51
2	Стеноз	28	30
3	Деформация	42	54
	Итого:	118	135

Установлено, что частой причиной ишемического инсульта как у мужчин, так и у женщин, является окклюзия и деформация интра- и экстракраниальных сосудов.

Ангиографические исследования у больных с церебральными ишемиями позволили выявить: окклюзии в 77 случаях, стенозы на различных уровнях — в 44 случаях, деформации — в 77 и сочетание различных окклюзирующих процессов — в 55 случаях.

При анализе ангиограмм особое внимание уделялось диаметру артерий, особенностям коллатерального кровотока, прослеживался контур артерий на всем протяжении, производилось измерение углов при изгибах.

Изучение ангиограмм 202 больных с ишемическими инсультами в каротидном бассейне позволило выявить типичные уровни окклюзии системы сонных артерий: устье общей сонной артерии — 1 случай; устье внутренней сонной артерии — 45 случаев, сифон внутренней сонной артерии — 10 случаев, средняя мозговая артерия — 15 случаев, наружная сонная артерия — 1 случай.

Стенозы по локализации распределились следующим образом — общая сонная артерия — 1 случай; устье внутренней сонной артерии — 14 случаев, сифон внутренней сонной артерии — 5 случаев, средняя мозговая артерия — 7 случаев, наружная сонная артерия — 1 случай.

Деформации каротидного бассейна в нашем исследовании наблюдались в виде перегибов внутренней сонной артерии — 36 случаев или S-обратной извитости внутренней сонной артерии в среднем отделе — 19 случаев.

В 3 случаях наблюдали больных с S-образной деформацией левой внутренней сонной артерии в среднем отделе, у которых развился инфаркт мозга в бассейне правой средней мозговой артерии, что обусловлено, скорее всего, т. н. "синдромом обкрадывания", возникшим вследствие чрезмерного перераспределения кровотока из правой сонной артерии в бассейн пораженной артерии.

При изучении ангиограмм 51 больного с острыми церебральными ишемиями, обусловленными окклюзирующими процессами в вертебро-базилярном бассейне, обнаружено отсутствие или слабая функция задней соединительной артерии с обеих сторон, что являлось одним из главных факторов в развитии гипоперфузии мозга при различных патологических состояниях позвоночных артерий.

Рассоединение большого артериального круга через переднюю трифуркацию наблюдалось только у 1 больного; через заднюю трифуркацию наблюдалось несколько чаще: у 3 больных с правой стороны и у одного слева. Левая позвоночная артерия имела гемодинамический перевес в 16 случаях, у 30 — диаметры сосудов были одинаковые и у 5 — гемодинамический перевес имела правая позвоночная артерия.

Гипоплазия правой вертебральной артерии, когда ее диаметр был меньше 2 мм, встречалась в 4 случаях, а левой — только в 1 наблюдении.

Окклюзии в вертебро-базилярном бассейне встречались значительно реже, чем в каротидном. Так, у 1 больной отмечалась окклюзия основной артерии, у 2 пациентов — окклюзии позвоночных артерий в начальном отделе, у 2 — задней мозговой артерии. Чаще встречались стенозы и деформации. У 7 больных наблюдали стенозы начального отдела одной из позвоночных артерий, у 3 — атеросклеротический стеноз с двух сторон.

Экстравазальные компрессионные стенозы наблюдались у 8 пациентов и всегда носили односторонний характер.

В 22 случаях выявлены деформации позвоночных артерий, причем в 3 случаях — петлеобразные (у 2 человек — двухсторонние), и у 19 — изгибы.

В 9 случаях наблюдали сочетанные поражения (чаще всего встречались деформации одной позвоночной артерии с начальным стенозом другой — 6 наблюдений, либо с экстравазальной компрессией — 3 случая).

Таким образом, клинико-компьютерно-томографический мониторинг, а также результаты ангиографических исследований позволили уточнить особенности клинического течения острых церебральных ишемий в зависимости от локализации и характера окклюзирующего поражения сосудов мозга.

Выводы: 1. Клинический мониторинг показал, что тяжесть состояния зависит в большей степени от характера окклюзирующего процесса и в меньшей — от локализации.

2. Наиболее тяжелое состояние характерно для больных с окклюзиями и сочетанными поражениями магистральных сосудов. Стенозы и деформации чаще приводили к пролонгированным ишемическим атакам с обратным развитием.

3. Клинико-компьютерно-томографический и ангиографический мониторинг показал, что не всегда существует четкая, корреляция между локализацией окклюзирующего процесса и зоной церебральной ишемии при деформации и стенозе магистральных артерий мозга.

Литература:

1. *Волошин П. В., Тайцлин В. И.* Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. — Киев: Здоров'я. — 1991. — 408 с.

2. *Верещагин Н. В., Гулевская Т. С., Миловидова Ю.К.* Приоритетные направления научных исследований по проблеме ишемических нарушений мозгового кровообращения // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Вып. 1.— С. 3—9.

3. *Колтовер А. Н., Верещагин Н. В., Людковская И. Г., Моргунов В. А.* Патологическая анатомия нарушений мозгового кровообращения. — М., 1975. — 168 с.

4. *Вінницький А. Р.* Судинні захворювання мозку. — Київ: Здоров'я, 1987. — 152 с.

CLINICAL PECULIARITIES OF ACUTE CEREBRAL ISCHEMIAS, CAUSED OKKLUSIVE-STENOTIC BY AFFECTS OF BRAIN VESSELES

L. A. Dziak, A. N. Shulga.

Dnipropetrovsk state medical Academy
Dnipropetrovsk

The present investigation shows the results of clinico-computer and tomographic monitoring which defined more exactly the progress of acute cerebral ischemias depending on the localization and the character of occlusive affection of brain vesseles.

Clinical monitoring showed that the disease progress depends basically on the character of occlusive process and to the less extent on its localization. The most serious status of health was observed in patients with occlusive and combinative affects of great vesseles. Stenosis and deformation led more often to prolonged ischemic attacks with reverse development. There not always exists accurate correlation between localization of occlusive process and the zone of cerebral ischemia with deformation and upstream stenosis of brain vessels.

РАЗВИТИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В КУРОРТОЛОГИИ

В. А. Ежова

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова
г. Ялта

В современный период ряд авторов [1, 2, 5, 6, 7] отмечают на Украине неуклонный рост количества больных, страдающих неврозами и цереброваскулярными заболеваниями, а так же их патоморфоз, утяжеление клинических проявлений различных синдромов и затяжное течение [5]. В связи с начавшимся реформированием неврологической службы [2], в ряд вопросов санаторно-курортного лечения этой категории пациентов целесообразно внести соответствующие коррективы.

На основании научных исследований, проводимых в НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова [3] в тесном контакте с практическими врачами курорта, было обосновано и реализовано создание принципиально новой формы этапной реабилитации — отделение цереброваскулярных заболеваний и реадаптации неврозов в специализированных неврологических санаториях г. Ялты — "Орлиное гнездо" и "Золотой пляж", которые необходимо продолжить с учетом неуклонно изменяющейся структуры заболеваемости в стране и регионах. Практические врачи курорта Ялта работают под руководством научно-методического центра неврологии, в состав которого включены ученые НИИ им. И. М. Сеченова, Крымского медицинского университета и организаторы курортной медицины объединения "Ялта-курорт"АО "Укрпрофздравница". Внедрение новых методик, разработанных в НИИ им. И. М. Сеченова, способствовало повышению эффективности лечения в санаториях на 16 % по сравнению с общекурортными показателями. Разработанные методы были так же внедрены в МСЧ промышленных предприятий гг. Энергодара, Киева, Запорожья, Павлограда, Днепропетровска в целях профилактики цереброваскулярных заболеваний неврозов лицам, находящимся в условиях больших психоэмоциональных нагрузок, неблагоприятных экологических и метеопатических ситуаций.

В связи с изменившейся социально-политической и экономической ситуацией в государстве, курортная неврология, как и другие направления, оказались в весьма сложном положении. Это определило необходимость тщательного анализа ситуации на курорте, динамики структуры заболеваний нервной системы у пациентов, направляемых в настоящее время по путевкам АО "Укрпрофздравницы", для создания новых форм экономических взаимоотношений с различными учреждениями.

Анализ статистических отчетов объединения "Ялта-курорт" АО "Укрпрофздравница" свидетельствует о том, что ежегодно регистрируется тенденция к возрастанию общего числа неврологических больных на курорте Ялта, что согласуется со сложившейся ситуацией в Украине [1, 2, 5, 6, 7]. Так, если в 1991 году они составляли 15—16 %, то в 1998 году — 40 %, а в некоторых санаториях Ялты — до 70 % от общего числа различных пациентов. Весьма важно отметить, что если в 1998 году в неврологических санаториях было пролечено 10.305, то в пульмонологических и кардиологических санаториях — 16.640 пациентов, страдающих неврозами и цереброваскулярными заболеваниями.

Приведенные цифры указывают на необходимость или расширения коечности неврологических санаториев, что представляется сложным, или создания в кардиологических и пульмонологических санаториях нейросоматических отделений для обеспечения квалифицированной диагностики и лечения больных неврологического профиля.

В настоящее время накопился опыт лечения больных цереброваскулярными заболеваниями в санаториях АО "Укрпрофздравница", "Роща", "Хмельник", "Лермонтовский", "Днепровский", в которых созданы отделения реабилитации для пациентов, перенесших инсульт [4, 7]. В эти санатории направляются пациенты, перенесшие ОНМК в бассейнах сонной и вертебробазилярной артерии без выраженных вестибулярных и мозжечковых, бульбарных и псевдобульбарных нарушений, при отсутствии параличей, психопатологических, экстрапирамидных расстройств, склонности к эпилептическим приступам а также последствий геморрагического инсульта различной локализации без злокачественной, тяжело корригируемой медикаментозной терапией артериальной гипертензии (систолическое артериальное давление выше 200 мм рт. ст.). Лечатся также и пациенты ДАЭ П ст., перенесшие ТИА и "малые инсульты", а также с состояниями после операций на магистральных сосудах головного мозга [4].

Учитывая сложившуюся ситуацию по интенсивному развитию на курортах Украины реабилитационных служб и связанные с ростом цереброваскулярных заболеваний смертность и раннее ускоренное постарение населения, представляется целесообразным изменение показаний для реабилитации лиц, перенесших ТИА, "малый инсульт", в начальные сроки (до 3-х месяцев) и ранние сроки (с 3—4 месяцев до 1 года) а так же продолжить создание отделений цереброваскулярной патологии в различных регионах на основе опыта ученых и практических врачей Украины.

В связи с переходом ведомственной науки на работу в условиях новых форм экономической деятельности повысились требования к практическому применению проводимых исследований. Определил-

ся акцент на вопросах реабилитации и профилактики, так как важными критериями эффективности научных разработок стало их влияние на снижение заболеваемости работников промышленных предприятий, вопросы строгой индивидуализации лечения и прогнозирования его результатов с помощью ЭВМ. Создаются предпосылки к созданию новых математических подходов к математическому моделированию и управлению лечебным процессом, внедрению их не только в условиях курорта, но и в МСЧ предприятий.

Наряду с сохранением и переоснащением, сокращением коечности, для улучшения комфорта уже существующих санаториев необходимо создание на курортах реабилитационных центров — клиник с замкнутыми на них пансионатами, гостиничными комплексами на основе договоров со страховыми компаниями, предприятиями, АО различных регионов Украины, координации с учреждениями здравоохранения, профсоюзами.

Целесообразно продолжить разработку оптимизации укороченных сроков санаторно-курортного лечения пациентов неврологического профиля со сроками пребывания 7—8, 12—14, 18—24 дня, создание программ экспресс-диагностики и оптимизированных лечебных комплексов для различных контингентов с учетом возраста, профессии, особенностей заболеваний, включая лиц, пострадавших в связи с аварией на ЧАЭС и проживающих в неблагоприятных экологических зонах. Оптимизация укороченных сроков санаторно-курортного лечения преследует задачи более полного использования оздоровительных возможностей различных курортов, лечебно-диагностической базы санаториев, интенсивности проводимой терапии и повышение ее эффективности.

В связи с увеличением в генезе сосудистой мозговой недостаточности этиопатогенетических факторов — зонального токсического и радионуклидного загрязнения, дисбаланса макро- и микроэлементов, возрастает актуальность воссоздания курортных ресурсов в экологически благоприятных зонах Украины и открытие новых реабилитационных центров.

Целесообразно дальнейшее развитие и совершенствование психотерапевтической службы на курортах Украины [6]. Перспективным является внесение корректив в имеющиеся программы, включая социотренинг и новые методики психотерапии с целью улучшения адаптации и коммуникабельности больных наряду с обучением их бесконфликтному общению, ориентации на формирование новых интересов и расширение их кругозора, создание новых систем ценностей, подготовка и смена прежних стереотипов ввиду резкого изменения социальных факторов в современный период.

Учитывая социальную значимость проблемы, наряду с общими мероприятиями по реанимации курортно-реабилитационного звена, целесообразно предусмотреть на всех уровнях общественно-политической деятельности поддержку развития неврологического направления в курортологии ввиду медико-экономической эффективности лечения больных неврологического профиля. Модернизация материально-технической базы санаториев с доукомплектованием их аппаратурой и проведение специальной переподготовки кадров позволит расширить профилактические возможности санаторно-курортных учреждений в соответствии с потребностями на основе договоров. Реализация мероприятий в данном направлении весьма важна ввиду зарождающейся страховой стратегии и маркетинга.

Литература:

1. *Бабов К. Д.* Основные достижения и задачи научных разработок по проблеме восстановительного лечения в Украине. // І-й Нац. конгрес фізіотерапевтів та курортологів України.— Хмільник.— 1998. — С. 4—6.

2. *Волошин П. В., Волошина Н. П.* Деякі питання розвитку медичних аспектів нейронаук в Україні. — Український вісник психоневрології. — Харків, 1998. — Т. 6. — Вип. 1 (16). — С. 5—9.

3. *Ежова В. А.* Разработка проблем курортной неврологии в НИИ им. И. М. Сеченова // Вест. физиот. и курорт. — 1997. — № 2. — С. 75—79.

4. Здравницы профсоюзов Украины / Под ред. М. В. Лободы, Э. А. Колесника, Л. И. Фисенко. — Киев: Тамед, 1997. — С. 13.

5. *Марута Н. О.* із співавт. Соматичні прояви при неврозах, їх діагностика та психотерапія. — Український вісник психоневрології. — Харків, 1996. — Т. 4. — Вип. 5. — С. 240—241.

6. *Михайлов Б. В.* Сучасний стан і перспективи розвитку соціальної психіатрії, психотерапії і медичної психології в Україні. — Український вісник психоневрології.— Харків, 1998.— Т. 6.— Вип. 5.— С. 12—15.

7. *Шмакова М. П.* Лечение заболеваний нервной системы природными и преформированными факторами с учетом патогенеза заболеваний и механизма действия физических факторов //Методичні рекомендації з санаторно-курортного лікування.— Київ: Тамед.— С. 75—79.

DEVELOPMENT OF NEUROLOGIC TREND IN HEALTH RESORT TREATMENT

V. A. Ezhova

Crimea Sechenov Scientific research Institute

Yalta

The article gives the grounds for expediency of neurologic service reformation in the conditions of a health resort and for further improvement of patients with neuroses and cerebrovascular diseases treatment.

ПОЛОВОЙ ДИМОРФИЗМ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПЛОДА-НОВОРОЖДЕННОГО

Клименко Т. М.

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

Вопросы физиологии переходного периода от внутри- к внеутробной форме существования в настоящее время являются ключевыми в неонатологии, так как от качества интранатальной адаптации зависит дальнейшее развитие ребенка [1]. Оценка состояния новорожденных при рождении с помощью комплекса клинических симптомов является недостаточной для суждения об адаптационных резервах, реализация которых происходит через биохимические превращения веществ и энергии на различных уровнях клеточных субстанций. Ведущей системой в становлении адаптационных механизмов является нейроэндокринная система [2]. Проблемы физиологии нейрогормональных отношений относятся к числу интенсивно изучаемых в последние годы. Это связано с их большой практической значимостью, общебиологической ролью и совершенствованием методов исследования. В глубоком всестороннем изучении проблемы интра- и постнатальной адаптации отсутствуют половые аспекты. А ведь проблема полового диморфизма имеет не только теоретическое, но и практическое значение для клиники. Изучение половых особенностей становления и созревания нейроэндокринной системы в онтогенезе помогает более глубокому проникновению в сущность организации и функционирования организма человека [3].

С целью выявления полового диморфизма интранатальной нейрогормональной адаптации нами предпринято изучение гормонов и нейротрансмиттеров в пуповинной крови у 52 доношенных новорожденных. Из них 24 (46 %) составляли девочки и 28 (54 %) мальчики. Все дети родились в головном предлежании от здоровых матерей, гладкопротекающей беременности и родов. Продолжительность родов в среднем составила 10—2 часа. Физическое развитие новорожденных соответствовало сроку гестации 38—41 неделя. Оценка по шкале Апгар составила 8—9 баллов на 1 минуте и 9—10 баллов на пятой минуте жизни. Данные морфофункциональной зрелости и неврологического исследования соответствовали удовлетворительному течению раннего периода адаптации.

Уровень серотонина, норадреналина, гистамина в сыворотке крови определялся методом колоночной хроматографии, учитывая важную роль их в адаптации церебрального гомеостаза. С целью определения чувствительности к стрессорному воздействию определялся уровень кортизола, а для определения влияния системы гипофиз — щитовидная железа — уровень тиреотропного гормона (ТТГ) иммуноферментным методом наборами Bio Rad. Данные представлены в таблице. Анализ полученных данных позволяет констатировать качественные и количественные особенности изменения уровня адаптивных гормонов и нейротрансмиттеров у новорожденных мальчиков и девочек на высоте физиологического напряжения-родов.

Показатели концентрации гормонов и биогенных аминов в пуповинной крови у здоровых новорожденных различного пола

Показатели	Девочки	Мальчики	P
Кортизол (нмоль/л)	246,4—13,7	211,2—9,3	0,05
ТТГ (мкМЕ/мл)	8,6—0,5	4,0—0,6	0,001
Гистамин (ммоль/л)	350,1—31,1	196,4—15,4	0,05
Серотонин (ммоль/л)	2,2—0,17	1,2—0,15	0,05
Норадреналин (ммоль/л)	40,9—1,0	37,4—1,1	0,05
$К_{н:с}$	18,7	31,7	

Обнаруженные половые особенности общей неспецифической адаптационной реакции на раздражитель-роды, реакция на который сложилась в процессе эволюции, свидетельствуют о различном с учетом пола системном "структурном следе". По-видимому, вследствие различного внутриутробного формирования нейрогормональных функциональных систем, у девочек происходит более быстрая мобилизация структурных эффектов организма на высоте физиологического напряжения-родов, проявляющаяся повышенной концентрацией по сравнению с мальчиками ТТГ, кортизола, норадреналина, серотонина, гистамина. По существу на высоте послеродового катарсиса у здоровых девочек обеспечивается большая доступность для тканей, органов и особенно для мозга, субстратов адаптации.

Различные с учетом пола уровни содержания норадреналина свидетельствуют о неравной степени симпатической обеспеченности к моменту рождения. Большая эффективность функционирования симпатической нервной системы в момент рождения у девочек в отличие от мальчиков достигается и более выраженной активностью серотонинергических систем, а значит их балансом.

Развитие структур мозга, согласно концепции Чубакова А. [4] в значительной степени определяется балансом активности серотонина и норадреналина в пре- и постнатальном онтогенезе. Так, коэффициент соотношения норадреналина к серотонину ($К_{н:с}$) был выше у мальчиков и достигал 31.7, тогда как у девочек 18.7. Увеличение $К_{н:с}$ у новорож-

денных мужского пола объяснялось нами как свидетельство разбалансированности данных систем и расценена как предрасположенность к патологии. Избыточность изучаемых нейрогормональных систем у новорожденных девочек обеспечивает не только различные процессы созревания, но и совершенство механизма стабилизации норадреналинергических и серотонинергических систем у здоровых девочек при физиологических родах. По нашим данным, Кн:с может быть использован для характеристики половой дифференциации состояния сдвигов в функционировании вышеназванных систем.

Можно предположить, что реактивность адаптивных систем в онтогенезе генетически детерминирована. Половой диморфизм здоровых новорожденных в стратегии адаптивных реакций на физиологическое напряжение-роды создают реальную предпосылку для половых различий в устойчивости к возросшим уровням стрессогенности.

Литература:

1. *Ларгенгаиц Х., Слоткин Т.* Стресс при рождении// В мире науки. — 1996, № 6. — С. 62—72.

2. *Акмаев И. Г.* Нейроэндокринология: ее место в системе нейронаук // Вестник Рос. АМН. — 1993. — № 7. — С. 55—59.

3. *Анищенко Т. Г.* Половые проблемы стресса и адаптации //Автореф. дис. ... докт. биол. наук. — Москва, 1993. — 38 с.

4. *Чубаков А. Р.* Биогенные амины и развитие мозга. — Москва: Наука, 1992. — 263с.

SEX DIMORPHISM OF NEUROHORMONAL ADAPTATION OF FETUS-NEWBORN

Klimenko T. M..

Kharkiv Post-graduate Medical Institute

Kharkiv

Sex dimorphism in cortisol, TTH, histamine, serotonin, noradrenalin contents in umbilical blood in 52 newborns was revealed towards excessive contents in girls. The obtained data make real prerequisites for sexual differences in resistance to pathology.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А. А. Коломиец, В. Е. Казаков

Луганский медицинский университет
г. Луганск

Девиантное поведение у детей и подростков является весьма распространенным явлением. Проведённые В. С. Подкорытовым [2] эпидемиологические исследования состояния нервно-психического здоровья детей и подростков свидетельствуют об устойчивом росте данной категории. На распространённость эмоциональных и поведенческих расстройств у детей указывают также М. Гельдер и соавторы [1]. Ряд авторов поднимает вопрос о ранней диагностике и профилактике девиаций поведения [3].

Нами была поставлена цель выявить факторы, способствующие формированию девиантного поведения детей и подростков. Для решения этой цели обследовано 117 детей и подростков в возрасте от 8 до 15 лет, имеющих девиации поведения (основная группа), а также 32 практически здоровых в психическом отношении детей (контрольная группа). Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице № 1.

Таблица № 1

Распределение детей основной группы по возрасту и полу

Возраст (в годах)	Пациенты с девиацией поведения			Психически здоровые лица		
	всего	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки
8—9	14	9	5	8	4	4
10—11	21	14	7	8	4	4
12—13	35	21	14	8	4	4
14—15	47	34	13	8	4	4
Итого	117	78	39	32	16	16

Сравнение преморбидных особенностей детей основной и контрольной групп установило достоверно более частый органический дизонтогенез в первой из них ($p \leq 0{,}001$). Так, в анамнезе у детей с девиациями поведения в 73,3 % отмечалась перинатальная патология (в 53,2 % асфиксия в родах, в 20,1 % — нарушения беременности в форме токсикозов и резус-несовместимости), в то время как в анамнезе практически здоровых детей перинатальная патология отмечалась лишь в 31,7 % (12,5 % асфиксии в родах, 19,2 % — токсикозы беременности).

Из особенностей раннего постнатального периода развития можно отметить следующее. До года у детей основной группы в 59,2 % отмечалась подверженность простудным заболеваниям, осложнившихся у 23 % детей воспалением лёгких, у 36,4 % детей отмечались аллергические реакции.

В группе практически здоровых детей в возрасте до 1 года в 38,4 % отмечались острые респираторные заболевания, в 7 % осложнившиеся воспалением лёгких. Таким образом, патология раннего постнатального развития достоверно чаще встречалась среди детей с отклонением поведения, чем среди практически здоровых детей ($p \leq 0{,}001$).

Речевые и статические функции у детей основной группы в 64 % развивались в срок, в 30 % — с опозданием, 6 % — с опережением. Так в среднем дети начали держать головку в 2,5 месяцев, сидеть в 6 месяцев, стоять в 10 месяцев, ходить в 1 год, первые слова произносить с 1 года, фразовая речь у них полностью сформировалась к 2 годам. Однако у 30 % детей произношение было косноязычным, запас слов и понятий недостаточный. Навыки самообслуживания развивались с опозданием. Эти дети отличались недостаточной опрятностью и аккуратностью.

Детально был изучен семейный и ранний личный анамнез детей и подростков основной группы, а также материально-бытовые условия, в которых они росли. При изучении макросоциальных и микросоциальных факторов большое внимание уделялось выяснению семейных отношений (таблица № 2).

Таблица №2

Семейные взаимоотношения в основной и контрольной группах

Семейные взаимоотношения	Количество больных			
	основная группа		контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Неполная семья	57	48,7	12	37,5
Конфликтные отношения в семье	69	59	15	46,9
Единственный ребёнок	15	12,8	5	15,6
Гипоопека	82	70	3	9,4
Гиперопека	—	—	7	21,9
Информационный перегруз	—	—	6	18,8
Алкоголизм отца	92	78,6	1	3,1
Алкоголизм матери	24	20,5	—	—
Алкоголизм обоих родителей	13	11,1	—	—
Психические заболевания родителей	3	2,6	—	—

Сравнительный анализ семейных взаимоотношений показал существенные различия микросреды у детей с девиацией поведения и практически здоровых. Как видно из таблицы 2, у детей основной группы родители достоверно чаще злоупотребляли алкоголем ($p \leq 0,001$), чем в контрольной группе.

Обращает также на себя внимание более высокая гипоопека в основной группе, чем в контрольной. Данные статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

При анализе жизни детей основной и контрольной групп выяснилось, что 87 детей и подростков основной группы (74,4 %) живут в тяжёлых материально-бытовых условиях. Их родители злоупотребляют алкогольными напитками, не имеют постоянного места работы: в 19 семьях (16,2 %) родители попали под сокращение, в 68 (58,1 %) оставили основную работу и занялись мелким бизнесом. Они часто находятся в разъездах, торгуют на рынке, празднуют в удачные для торговли дни. Дети обычно присутствуют при этом, В 57 (48,7 %) семьях они помогают родителям, в связи с чем забросили школьные занятия. Эти дети и подростки имеют "свободные" деньги, они рано приобщаются ко взрослой жизни, в том числе к употреблению алкоголя.

В основной группе, в связи с пренебрежением отца и матери родительскими обязанностями, дети уже с 2—3 классов нерегулярно начинают посещать школьные занятия. 78 из 117 детей (66,7 %) совершали пропуски занятий, бессмысленные поездки в другие города (дромоманические), 32 ребёнка (27,4 %) вообще оставили посещения школы. Под влиянием среды, в которой они пребывали, у этих ребят слишком рано развились меркантильные интересы и несоответствующие возрасту вредные привычки (табакокурение, злоупотребление алкоголем, игра в карты и др.). У 32 чел. (27,4 %) возникли криминальные связи. У 29 человек (24,8 %) ранние, в 11—14 лет, сексуальные контакты, при этом у 21 чел. (17, 9 %) с женщинами более старшего возраста. Приведём пример выписки из истории болезни больного В., 13 лет, страдающего девиантным поведением.

Его родители в течении последних 5 лет в разводе. Отец на протяжении всей семейной жизни злоупотреблял алкоголем. Мать в течение 7 лет также пристрастилась к вину.

Пациент рос единственным ребёнком. Родители, занятые своими проблемами, уделяли ему внимание лишь время от времени. Порою они судорожно начинали контролировать его занятия, анализировать времяпровождение, затем вновь "забывали" о нём. Ребёнок рано научился хитрить, демонстрировать покорность более сильным, издеваться над слабыми. Рано почувствовал "вкус к деньгам", научился "подрабатывать", а также утаивать деньги от матери. Тратил свою небольшую долю по собственному усмотрению. Покупал сигареты, спиртное. В нетрезвом состоянии подражал отцу. Цинично отзывался о женщинах, куражился. Собутыльники родителей являлись для него образцом. С интересом прислушивался к разговорам взрослых. В 12 лет был соблазнён подвыпившей подругой матери. Очень рано появилось циничное отношение к жизни. В 13 лет появились гомосексуальные связи.

Данная история болезни иллюстрирует факторы, способствующие формированию девиантного поведения подростка.

Всё вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы: одним из основных факторов риска возникновения девиации поведения является алкоголизм родителей. Немаловажное значение имеет гипоопека в семье, которая в свою очередь во многих случаях вызвана алкоголизмом родителей. Почвой для девиации поведения детей и подростков служит органический фон, обусловленный перинатальной патологией и частыми соматическими заболеваниями.

Литература:

1. *Гельдер М., Гет Д., Мейо Р.* Оксфо́рдское руководство по психиатрии. — Киев, 1998. — Том 2 — С. 262—311.

2. *Подкорытов В. С.* Основные направления работы по медико-социальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими заболеваниями // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995. — Том 3, вып. 2. — С. 368—369.

3. *Синайко В. М., Кожина А. М., Романова И. В.* Девиация поведения как проявление дезадаптации подростков, лишённых родительского попечительства // Материалы международной конференции психиатров. — М., 1998. — С. 101.

RISK FACTORS OF THE DEVIATING BEHAVIOUR FORMATION PECULIAR TO CHILDREN AND ADOLESCENTS

A. A. Kolomiets, V. E. Kazackov

Lugansk State Medical University
Lugansk

117 children and adolescents at the age from 8 to 15 years possessing behaviour deviations have been examined. One can draw an important conclusion on the grounds of the carried out examinations.

It is the following — one of the main risk factors of the origin of the behaviour deviation in their parent's alcoholism.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Н. А. Марута, И. А. Явдак

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Проблема резистентности неврозов в последнее время приобретает все большее значение. В современной литературе обсуждаются различные аспекты, предрасполагающие к формированию резистентности неврозов, в частности, трудности в диагностике из-за стирания границ между основными формами неврозов, увеличение в их клинической картине соматических проявлений, а также увеличение количества неврозов, возникающих на фоне неврологического дефицита или соматической отягощенности [1—7].

Обращается внимание на утяжеление невротических проявлений, на изменение реактивности к медикаментозным средствам, возрастание в клинических проявлениях труднокурабельных психопатологических синдромов.

Показано, что при длительном течении невроза увеличивается вероятность психической и физической зависимости от лекарственных препаратов, широко использующихся в лечении данных больных, что утяжеляет как течение болезни, так и курацию.

Авторами выделяются понятия социального, демографического, психосоматического патоморфоза [1, 5, 7]. В ряде исследований показано, что динамический аспект патоморфоза проявляется в виде сокращения периода формирования невроза, нивелировании стадии невротических реакций и тенденции к ускорению патохарактерологического развития личности [2, 3].

Детальное изучение факторов, способствующих резистентности неврозов, необходимо как для проведения профилактических мероприятий, так и для своевременной диагностики, выбора адекватной терапевтической тактики и методов социальной реабилитации данного контингента больных.

Исходя из вышеизложенного, целью проведенного нами исследования явилось изучение факторов формирования резистентности неврозов и особенностей их клинических проявлений. Использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы.

В основу исследования, проведенного в отделении неврозов и пограничных состояний УНИИКЭНП, положены результаты комплексного обследования 120 больных неврозами. Критериями отбора больных в группу были следующие: длительность заболевания более двух лет, несколько предшествующих курсов лечения по поводу невротической болезни, не приведших к выздоровлению, выраженная резистентность к традиционно применяемой психотерапии.

Результаты клинико-психопатологического исследования показали, что достоверно чаще у исследуемых среди экзогенно-органических факторов встречались хронические соматогении в виде дисфункции органов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, заболеваний гинекологического профиля, аллергических реакций различного характера, церебральной дисфункции.

Анализируя причины, приведшие к невротическому срыву, следует отметить, что лишь 20 % исследуемых могли ее указать. В остальных наблюдениях психотравмирующая ситуация, приведшая к болезни, больными либо не указывалась, либо не носила характер истинной психогении, являясь лишь "последней каплей" в длинной череде неурядиц и неудовлетворенности больных. Достоверно чаще больные указывали сразу несколько психотравмирующих переживаний, среди которых ведущими были социально-экономические. Именно данные причины, по мнению исследуемых, лежали в основе их постоянного напряжения, в их личной неустроенности, в проблемах взаимопонимания с близкими, в недостаточно эффективном лечении и т. д.

Наличие хронической неразрешенной психотравмирующей ситуации способствовало формированию субдепрессивного настроения, а в дальнейшем — прогредиентному усугублению невротической симптоматики с присоединением вегето-сосудистых, вегето-висцеральных проявлений. Именно эти расстройства определяли обращение пациентов к врачам-соматологам и длительное безрезультатное лечение в поликлиниках и стационарах общесоматической сети. Следует отметить, что по нашим подсчетам у 120 исследуемых больных за период болезни было в общей сложности проведено 98 ЭКГ-исследований, 130 ультразвуковых исследований внутренних органов, 20 рентгеноскопий, 25 фиброгастроскопий.

Большинство обследованных больных обратились за специализированной помощью в психоневрологические учреждения более чем через год после начала болезни, когда болезненные явления уже "оторвались" от психотравмирующих переживаний и в их сознании прочно укрепилась убежденность в серьезности соматического неблагополучия. Больные от случая к случаю принимали седативные средства, а количество безуспешно применяемой терапии на предыдущих этапах способствовало аллергизации, формированию непереносимости ряда лекарственных средств, а также негативного к ним отношения. При этом большинство больных на момент обследования уже неоднократно проходили курсы стационарного лечения, однако симптоматика слабо редуцировалась, была склонна к рецидивам.

При проведении клинико-психопатологического исследования было отмечено, что у всех исследуе-

мых больных были выявлены в той либо иной степени выраженности общеневротические расстройства в виде слабости, утомляемости, раздражительности, нервозности, восприимчивости к мелочам, нарушений сна, сниженного фона настроения, головных болей и т д..

Помимо общеневротических расстройств, для исследуемых больных было характерно наличие жалоб со стороны внутренних органов. При этом тягостные, мучительные соматические ощущения зачастую становились ведущими в клинической картине и затрагивали одну либо несколько систем организма, отличаясь полиморфностью, эмоциональной насыщенностью жалоб.

Из всего многообразия клинических проявлений были выделены основные, по которым и определялся ведущий психопатологический синдром.

При этом в клинической картине исследованных достоверно чаще встречались депрессивный, ипохондрический, тревожно-фобический синдромы.

Экспериментально-психологическое обследование включало в себя опросник для исследования акцентуированных свойств личности Литтманна — Шмишека, методику репертуарной оценочной решетки по Келли в модификации конструктов, имеющих отношение к системе "здоровье — болезнь".

Результаты обработки ответов опросника акцентуаций Литтманна — Шмишека показали, что достоверно чаще у больных с резистентными формами неврозов преобладали застревающий и педантичный типы акцентуаций.

Данные, полученные при применении сконструированной в процессе исследования репертуарной решетки, позволили выявить крайне низкий уровень дифференцированности отдельных составляющих системы "здоровье — болезнь". Для больных с резистентными формами неврозов система конструктов составляет мощный "монолит", то есть все составляющие данной системы являются "сцепленными", взаимозависимыми, а следовательно — наименее четкими и адекватными в понятийном смысле. Это означает отсутствие четких критериев оценки своих собственных болезненных переживаний и отсутствие ясных представлений о степени взаимовлияния элементов системы "здоровье — болезнь", о причинно-следственных связях между ними. Такой тип связей между конструктами не обеспечивает достаточной устойчивости, поскольку изменения одного конструкта ведут за собой, по многочисленным "сильным" связям, изменение всей системы в целом. Помимо этого, система конструктов у обследованных нами больных демонстрирует антагонистическую полюсность их сознания: во-первых, жесткая связь здоровья со счастьем и социальным успехом; удовольствиями от жизни и успешным решением жизненных проблем; а во-вторых, жесткая связь болезни со страданиями, мучениями, переживаниями и ограничениями. То есть понятие счастья, успеха несовместимо в их сознании с наличием болезни и болезненных переживаний. Очень показательно, что для этих больных переход от полюса "страдания из-за болезни" к полюсу "счастья" возможен только через "лечение", а не через, например "социальный успех" или "удачу в личной жизни". Для этих больных ядерный конструкт "здоровье" зависит от других конструктов, а ядерный конструкт "счастье" — от 5 других. При таком восприятии этих отношений здоровье и счастье становятся практически недостижимыми: слишком много есть категорий, от которых они зависят и которые на них влияют.

Таким образом, проведенное исследование позволило уточнить особенности формирования и внутриличностные установки больных с резистентными к терапии формами неврозов.

Так, психотравма у данной категории больных является полиморфной, вовлекающей все сферы жизнедеятельности больного, носит как явный, так и скрытый характер, и если в одной из сфер она является принципиально разрешимой, то психотравмы социально-экономического характера остаются трудноразрешимыми, что усугубляет течение болезни.

Современные неврозы часто развиваются на органической почве (неврологической и соматической). В клинической картине современных резистентных форм неврозов часто встречаемы аллергические расстройства, а также указания на длительный, бессистемный прием седативных средств.

Фактором резистентности современных неврозов является также постепенное их начало со стертостью невротических и массивностью вегето-висцеральных расстройств, что способствует позднему диагностированию невротической болезни и несвоевременному применению патогенетически обусловленной терапии; характер ведущего психопатологического синдрома (депрессивный, ипохондрический, тревожно-фобический), являющихся наиболее труднокурабельными.

Для больных резистентными формами неврозов типичными являются следующие особенности индивидуального сознания:

— понятия системы "здоровье — болезнь" существуют "монолитно", недифференцированно и являются жестко взаимообуславливающими, что отражает отсутствие четких критериев оценки связанных с болезнью переживаний и их связи с различными сторонами жизни;

— качественные особенности взаимодействия понятий системы "здоровье — болезнь" создают такое неблагоприятное сочетание взаимовлияющих представлений о факторах и составляющих этой системы, которое ведет к искажению понимания причинно-следственных связей между ними. В результате этого любое связанное с болезнью переживание генерализуется на всю систему, в т. ч. на понятия "счастья", "успеха", "удачи", делая их полизависимыми и труднодостижимыми.

Исходя из этого, принципы лечения современных форм невротической болезни должны строиться с учетом характера психотравмирующих факторов, адаптивных возможностей личности, структуры ведущего психопатологического синдрома и особенностей системы внутриличностных установок больного, с обязательным учетом биологической преддиспозиции формирования невротических нарушений.

Литература:

1. *Абабков В. А.* Патоморфоз неврозов // С.-Петербург, 1993.— 339 с.
2. *Лакосина Н. Д., Костюнина З. Г., Панкова О. Ф. и др.* Патоморфоз и динамика невротических состояний// Тез. докл. VIII Всесоюз. съезда невропатологов, психиатров и наркологов.— М., 1988.— Т. 3.— С. 201—202.
3. *Марута Н. А.* Диагностика и терапия неврозов в условиях современного патоморфоза //Український вісник психоневрології. — Харків, 1995.— Т. 3.— Вип. 2(6).— С. 314—316
4. *Марута Н. А.* Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал.— Харьков, 1997.— Т. 3.— № 3.— С. 16—20.
5. *Марута Н. А., Чабан О. С.* Современные факторы патоморфоза неврозов // Український вісник психоневрології.— Харків, 1996.— Т. 4.— Вип. 2(9).— С. 177—179.
6. *Пшук Н. Г., Золотаренко Р. М.* Дослідження впливу деяких чинників на формування клінічної структури неврозів // Український вісник психоневрології. — Харків, 1998.— Т. 6.— Вип. 1(16).— С. 57—59.
7. *Чабан О. С.* Патоморфоз неврозів.— Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Харків, 1997.— 28 с.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF RESISTANCE AMONG NEUROTIC PATIENTS

N. A. Maruta, I. A. Yavdak

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The number of forms of neuroses resistant to therapy has increased in modern society and this dictates the necessity of thorough investigation of these disorders.

We have carried at clinical and psychopathological, experimental and psychological investigation of 120 patients with forms of neuroses resistant to traditional therapy. We have found that the factors of psychic traumatization in these patients are more often latent, massive, subjectively insurmountable, overlapping each other. It is also shown that the resistant forms of neuroses develop mainly on organic ground, and this complicates the clinical picture and structure of the leading psychopathological syndrome. In this case depressive, hypochondriac and obsessive-phobic manifestations prevail in the clinical picture, aggravating the course and treatment of neurotic disease.

ІМУНОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ГЕМАТОЕНЦЕФАЛІЧНОГО БАР'ЄРУ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС У НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАННЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

О. В. Мерцалова

Харківський державний медичний університет
м. Харків

Незважаючи, що протягом тривалого часу в клінічній медицині існувала єдина точка зору про високу резистентність гематоенцефалічного бар'єру при ураженнях центральної нервової системи, як у дорослих, так і у дітей [1], відкриття мозкових антигенів та антитіл змінило ці уявлення. Дослідженнями [2, 1] показано, що порушення проникності ГЕБ в напрямі мозок-кров спостерігається при різних варіантах патології центральної нервової системи. Надійними маркерами цього процесу є поява в сироватці крові та спинномозковій рідині хворих нейроспецифічних білків (НСБ), які в нормі відділені від крові та спинномозкової рідини гістогематичними бар'єрами. Наприклад, в роботах [3, 4] доведено, що гостра експериментальна ішемія головного мозку є причиною появи в сироватці крові мозкових антигенів вже через 3 години.

До цього часу дослідження проникності ГЕБ при різних варіантах патології ЦНС проводилися, головним чином, в експерименті або у дорослих пацієнтів.

Вивченню проникності ГЕБ у новонароджених з перинатальною патологією ЦНС присвячені лише поодинокі роботи. Так, зроблено припущення [5], що протягом ембріонального розвитку мозок плоду відокремлено від імунологічних систем організму, і тому тканини мозку новонароджених повинні мати високу антигенну активність, і що існує прямий зв'язок між наявністю в сироватці крові новонароджених з перинатальною патологією ЦНС нейроспецифічних білків та вираженістю у них неврологічних порушень. Можна відзначити фрагментарність і нерідко суперечливий характер цих досліджень в той час, як вони мали би підвищити точність діагностики перинатальних уражень ЦНС, а також бути використаними як об'єктивний критерій при контролі перебігу захворювання.

У зв'язку з цим в даній роботі проведено вивчення резистентності гематоенцефалічного бар'єру у новонароджених з перинатальними ураженнями ЦНС в раннього неонатального періоду.

Для вирішення поставлених задач використовувався імуноферментний аналіз. За допомогою стандартних наборів імуноферментних систем в сироватці крові визначалися антигени таких нейроспецифічних білків: β_1- та β_2-глобуліни, β_2-глікопротеїд, гліофібрилярний антиген, антиген неспецифічної еластази.

Дослідження проведено у 2-х групах новонароджених. Першу групу склали 45 новонароджених без будь-якої патології ЦНС, другу групу склали 41 новонароджений, у яких за допомогою електроенцефалографічних, допплерометричних і магнітно-резонансно-томографічних досліджень було встановлено різні варіанти патології ЦНС. У 19 випадках це були функціональні порушення ЦНС, у 12 випадках — гіпоксично-ішемічні ураження мозку, у 10 — гіпоксично-геморагічні ураження мозку. Перша група новонароджених була контрольною по відношенню до другої групи.

Проведені дослідження показали, що у 87,8 % (36) випадків у групі новонароджених з перинатальними ураженнями ЦНС відзначено збільшення вмісту нейроспецифічних білків в сироватці крові в цілому.

В таблиці 1 наведені дані вмісту нейроспецифічних білків, що вивчаються, у визначених групах новонароджених.

Таблиця 1

Кількісна характеристика вмісту нейроспецифічних білків у сироватці крові у виділених групах

НСБ, що вивчається	Контрольна група, Нг/л	Група новонароджених з перинатальними ураженнями ЦНС, Нг/л
β_1 – глобулін	7±0,6	18±0,6
β_2 – глобулін	8±0,4	25±0,5
β_2 - глікопротеїд	10±0,5	48±0,5
Гліофібрилярний антиген	16±0,6	59±0,8
Нейроспецифічна енолаза	20±0,8	93±1,3

Одержані дані показали, що незважаючи на виражену стійкість гематоенцефалічного бар'єру до багатьох впливів, при перинатальних ураженнях ЦНС його проникність зростає. Як правило, відзначено сполучене змінювання вмісту всіх білків, що вивчаються.

Більш ретельний аналіз наявності антигенів нейроспецифічних білків в залежності від виду перинатальної патології ЦНС показав, що при геморагічних ураженнях вони відмічені в 100 % випадків, при ішемічних ураженнях — в 86 % та при функціональних — в 76 % випадків.

Проведено також аналіз кількісних характеристик вмісту антигенів нейроспецифічних білків в залежності від виду перинатальних уражень ЦНС. Результати цього аналізу подані в таблиці 2.

Таблиця 2

Кількісна характеристика вмісту антигенів нейроспецифічних білків в залежності від виду перинатальних уражень ЦНС

НСБ, що вивчаються	Контрольна група, Нг/л	Функціональні порушення ЦНС, Нг/л	Гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС, Нг/л	Гіпоксично-геморагічні ураження ЦНС, Нг/л
β_1 – глобулін	7±0,6	14±0,2	21±0,3	22±0,1
β_2 – глобулін	8±0,4	23±0,3	28±0,3	27±0,3
β_2 – глікопротеїд	10±0,5	46±0,4	48±0,7	50±0,5
Гліофібрилярний антиген	16±0,6	51±0,5	64±0,6	68±0,2
Нейроспецифічна енолаза	20±0,8	74±1,4	110±1,3	128±1,7

Як свідчить наведена таблиця, високі концентрації нейроспецифічних білків спостерігалися при всіх видах перинатальної патології ЦНС, однак при ішемічних та геморагічних ураженнях ЦНС ці показники були більш високі, ніж при функціональних порушеннях. Різниці ж в показниках концентрації нейроспецифічних білків в групі з ішемічними та геморагічними ураженнями не виявлено. Це добре узгоджується з науковими даними [6], які показують, що середній рівень НСБ у сироватці крові практично не залежить від характеру (ішемічні чи геморагічні) порушень в головному мозку.

Проте нами показано, якщо рівень антигенемій в перші 2 тижня при ішемічних ураженнях мозку не має суворої залежності від широчині та глибини ураження, то при геморагічних ураженнях відмічається прямопропорційна залежність концентрації неспецифічних білків від широчини та глибини ураження мозку.

Відзначено також кореляцію між вираженістю антигенемій та ступенем ураження ЦНС дитини. Дослідження вмісту нейроспецифічних білків в динаміці показало зниження концентрації НСБ протягом перших двох тижнів життя. Встановлено залежність між рівнем вмісту досліджуваних білків і психофізичним розвитком дитини протягом першого року життя. Зниження їх концентрації в сироватці крові протягом місяця життя новонародженого дозволяє прогнозувати задовільний психофізичний розвиток дитини.

Прогностично несприятливим в плані психофізичного розвитку дитини необхідно виділити відсутність позитивної чи негативної динаміки вмісту НСБ.

Результати проведених досліджень свідчать, що при перинатальних ураженнях ЦНС відбувається порушення гематоенцефалічного бар'єру, що проявляється виникненням в крові антигенів нейроспецифічних білків.

Кількісний та якісний моніторинг вмісту нейроспецифічних білків може бути використаний як об'єктивний критерій діагностики, перебігу та прогнозу розвитку перинатальних уражень ЦНС.

Література:

1. *Владимиров Ю. А.* Роль нарушения барьерной и матричной функций липидного слоя биологических мембран в патологии. — М.: Наука, 1985. — 95 с.

2. *Семенова К. А., Семенов С. Ф.* Иммунобиологические основы патогенеза нервных и психических заболеваний. — М.: Медицина, 1984. — 204 с.

3. *Чехонин В. П.* Специфические белки нервной ткани человека и животных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989.

4. *Hall E. D., Smith S. L.* Direct measurement of increased hydroxyl radical levels and lipid peroxidation in experimental heard injury and relation to blood brain barrier disruption // 2nd Intern. Neurotrauma Symp. — Glasgow, 1993. — P. 50.

5. *Павлова Т. А.* Структурно-функциональные свойства клеточных мембран и их коррекция у новорожденных, перенесших острую гипоксию в родах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 15 с.

6. *Рогаткин С. О.* Клинико-нейросонографические и иммунохимические критерии диагностики и прогноза перинатальных поражений ЦНС у новорожденных детей различного гестационного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993. — 27 с.

IMMUNOCHEMICAL ASPECTS OF THE STUDY OF THE HAEMATOENCEPHALIC BARRIER RESISTANCE UNDER CONDITIONS OF CNS PERINATAL INJURIES IN NEWBORN CHILDREN IN AN EARLY NEONATAL PERIOD

O. V. Mertsalova

Kharkiv State Medical University
Kharkiv

The results of this study evidence that under CNS perinatal injuries condition a damage of the haematoencephalic barrier occurs that is manifested by having of antigens of neurospecific proteins in blood. A qualitative and quantitative monitoring of the neurospecific proteins content may be used as an objective criterion of the diagnosis, course and prognosis of the CNS perinatal injuries development.

МОДЕЛЬ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т. Ю. Проскурина, Э. А. Михайлова, Т. Н. Матковская

Украинский НИИ охраны здоровья детей и подростков г. Харьков

Резкое ухудшение демографического показателя детского и подросткового населения в последние 5—7 лет, высокий удельный вес пограничных нервно-психических расстройств, сопровождающихся выраженной социальной дезадаптацией, формирование агрессивного поведения, резистентного к терапии, обусловили необходимость поиска мероприятий по совершенствованию первичной и вторичной профилактики психических непсихотических нарушений в детском и подростковом возрасте [1, 2, 3].

Уровень психиатрической грамотности врачей общей практики, малая активность родителей и педагогов в обращении за медицинской помощью в случае болезни школьника, слабое функционирование собственно детской психиатрической службы с учетом ресурсной мощности, отчетливо свидетельствует о необходимости поиска новых подходов к диагностике и оценке состояния психического здоровья детско-подросткового населения школьного возраста.

При проведении эпидемиологических исследований с использованием разработанного нами диагностического комплекса было обследовано 6000 школьников различных регионов Украины, как городской, так и сельской местности. При этом соблюдались определенные методические принципы, позволяющие определить роль биологических, социально-психологических факторов в формировании психической заболеваемости и болезненности.

Разноэтапность и использование диагностических маркеров в оценке психического здоровья школьников в ходе эпидемиологических исследований позволили выделить группы детей, нуждающихся и не нуждающихся в психиатрической помощи: I группа — здоровые в отношении нервно-психического здоровья с достаточной степенью социальной адаптации — 1230 человек (20,5 %); II группа — 1850 человек (47,5 %), имеющих донозологическую симптоматику, с проявлениями дезадаптации в семье и в коллективе; III группа — учащиеся с клиническими проявлениями нервно-психических расстройств — 1920 человек (32 %).

Выявлен рост распространенности психоневрологических расстройств в зависимости от возраста от 119,3 % в 7—11 лет до 168,9 % в 12—14 лет и некоторое снижение к 17 годам — 143,4 %, что по-видимому можно объяснить уходом из школы большей части учащихся 9-х классов, имеющих нервно-психические расстройства.

На втором этапе для верификации состояния психического здоровья детей II группы проведено психопатологическое обследование с использованием пакета компьютерных психологических программ: ПДО А. Е. Личко, тест рисуночных ассоциаций Розенцвейга, тесты Люшера, А. Басса — А. Дарки, 12-факторный опросник Кеттелла, тест Векслера.

При создании пакета компьютерных психологических программ были использованы стандартные алгоритмы обработки полученных результатов, авторские интерпретации показателей.

Выделены диагностические и прогностические психологические маркеры психической и социальной дезадаптации школьников. Наиболее значимыми явились следующие психологические показатели:

— наличие акцентуаций характера эпилептоидного или шизоидного типов в сочетании с выраженной реакцией эмансипации, низкой конформностью, психологической склонностью к делинквентному поведению (по методике ПДО);

— снижение коэффициента социальной адаптации GCR до 40 % и ниже, экстрапунитивная направленность фрустрационных реакций, высокие значения индексов направленности и выраженности агрессии, низкие значения индекса решения проблем (по методике Розенцвейга);

— высокие значения по шкалам физической, вербальной агрессии, негативизма, преобладание агрессивности над враждебностью (по методике Басса — Дарки);

— эмоциональная нестабильность, недостаточный уровень принятия социальных норм, склонность к доминированию, высокий уровень групповой зависимости (по методике Кеттелла);

— снижение интеллектуально-мнестических показателей (по тесту Векслера).

Установлена роль неблагоприятных микросоциальных факторов, влияющих на формирование нервно-психической патологии: преимущественно воспитание в неполной семье (139,8 %), деструктивные процессы в семьях (136,14 %), школьные дидактогении (80 %), отсутствие внешкольных интересов и увлечений (90 %). Выделены диагностические маркеры и прогностические факторы, влияющие на психическое здоровье школьников и позволяющие объективизировать нарушения психического здоровья на доклиническом уровне.

На госпитальном уровне у 200 детей и подростков, страдающих неврозами и неврозоподобными состояниями, были изучены клинико-психопатологические, психологические, нейрофизиологические особенности пограничных нервно-психических расстройств.

Нами выделены наиболее информативные блоки, составляющие интегральную функциональную систему личностного реагирования (ФСЛР) ребенка, страдающего неврозом или неврозоподобным состоянием.

ФСЛР включает:

1. Потребностно-мотивационный блок (ведущие потребности личности, их иерархия);

2. Блок поведенческих реакций, обусловленных особенностями возраста (реакции отказа, имитации, эмансипации др.);

3. Блок индивидуально-типологических особенностей (тип акцентуации характера, наличие дискордантности характера и др.);

4. Блок эмоций (эмоциональная неустойчивость, тревожность, соотношение эмоциональных модальностей, эмоциональная регуляция поведения и др.);

5. Блок произвольной регуляции поведения (целеполагание и планирование поведения, прогнозирование результатов, контроль за поведением);

6. Блок агрессивных реакций (частота их возникновения, структура, преобладающие формы агрессии, осознаваемость агрессии и др.);

7. Блок самосознания (сформированность "Образа Я" и его целостность, система ценностных ориентаций и др.).

Для определения функциональной системы личностного реагирования (ФСЛР) был использован пакет психологических методик: патодиагностический опросник Личко, тест Розенцвейга, Векслера, методика Басса — Дарки, тест "руки"; электрографические корреляты оценки функциональной асимметрии полушарий по данным спектрально-когерентного и многомерного анализа биоэлектрической активности мозга.

Определение блока, деятельность которого необходимо восстановить, является диагностическим и прогностическим маркером дифференцированной коррекции устойчивых форм пограничных нервно-психических расстройств у подростков. У подростков с неврозами установлено преимущественное нарушение функционирования блоков: "самосознания", "эмоций" и "потребностно-мотивационного". При неврозоподобных расстройствах отмечается преимущественное нарушение функционирования блоков: "эмоций", "произвольной регуляции поведения", "агрессивных реакций". Во всех диапазонах частот в правом полушарии (80 %) выявлена латерализация, проявляющаяся асимметрией индекса системности, что приводит к срыву адаптационных возможностей организма в условиях стресса.

Разработанная и апробированная программа диагностики пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков является ведущим звеном в реабилитации и профилактике психической и социальной дезадаптации подрастающего поколения.

Литература:

1. *Абрамов В. А., Пуцай С. А.* К вопросу о регистрах психической дезадаптации // Клинические и организационные вопросы общей и судебной психиатрии. — Киев — София, 1993. — С. 15—18.

2. *Александровский Ю. А.* Социально-стрессовые расстройства //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — С.-Петербург, 1992. — № 2. — С. 5—10.

3. *Тупицин Ю. А.* Клинико-патогенетические основы оптимизации диагностики, лечения неврозов и организации психотерапевтической помощи: Научн. докл. на соиск... д-ра мед. наук. — С.-Петербург, 1992. — 48 с.

THE MODEL OF DIAGNOSIS TECHNIQUE OF BOUNDARY NEURO-PSYCHIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF SCHOOL AGE

T. Yu. Proskurina, E. A. Mikhhaylova, T. N. Matkovskaya

Ukrainian Research Institute of Children and Adolescents Health Care
Kharkiv

The paper presents the programme of diagnosing early forms of boundary neuro-psychic disorders in children and adolescents.

The programme is a major link in rehabilitation and prophylactic of psychic and social maladjustment of the rising generation.

ВЛИЯНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ НОВОГО ТИПА НА СОСТОЯНИЕ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Табачников А. Е.

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В подростковом возрасте, по мнению многих исследователей, особенно остро протекает конфликт между потребностью быть личностью, оказывать влияние на других и необходимостью для этого быть принятым группой, стать ее частью. Неспособность продуктивно разрешить этот конфликт ведет либо к социальной изоляции, агрессивности, негативизму, либо к гиперконформности и безынициативности. Все это создает благоприятную почву для формирования пограничных психических расстройств (ППР) [1].

Изучение факторов риска возникновения указанных нарушений у подростков показывает, что в этом возрасте уменьшается этиологическая роль семейного фактора, а удельный вес неврозогенных факторов, связанных со школьной средой, увеличивается с 25,6 % в начальной школе до 50,5 % в выпускных классах [2, 3]. И. В. Крук уточняет, что у старших подростков уменьшается значение фактора конфликтных отношений с педагогами и возрастает роль конфликтных отношений с одноклассниками в возникновении школьной дезадаптации. Здесь возможны различные формы изоляции учащегося, которые могут быть выявлены с помощью социометрического эксперимента [4]. Н. С. Кантонистова [5] провела комплексное обследование старшеклассников, позволившее сопоставить состояние их психического здоровья с социометрическими показателями в трех основных для них сферах деятельности: учебной, общественной и межличностном общении. Оказалось, что средние баллы подростков, отнесенных к группе нормы, по всем трем категориям были выше, чем у учащихся с невротическими реакциями, и значительно выше, чем у школьников с неврозами и психопатиями.

Проблема негативного влияния межличностных отношений в классных коллективах на психическое здоровье учащихся приобретает особое значение в связи с быстрым ростом в нашей стране числа школ нового типа (ШНТ). Одаренным детям, для которых в основном, создаются ШНТ, свойственны такие личностные особенности, как эгоцентризм, сниженная способность стать на позицию другого, что мешает принимать окружающих и вступать с ними в дружеские отношения; недостаточное развитие коммуникативных навыков; связанное с быстротой мышления неумение терпеть пока остальные найдут правильный ответ, стремление прерывать других, поправлять собеседников, если они допускают ошибки и т. д. [6, 7].

Целью данной работы было изучение взаимосвязи показателей социометрического статуса подростков, обучающихся в школе нового типа, с одной стороны, и состояния их психического здоровья — с другой.

Исследование проводилось в Донецком техническом колледже (ДТК). Обследовано 223 учащихся 9—11 классов, в том числе 79 девятиклассников (35,4 %), 75 десятиклассников (33,6 %) и 69 одиннадцатиклассников (31,0 %). Среди обследованных 58,3 % составили юноши (130 чел.) и 41,7 % — девушки (93 чел.).

В качестве основного инструмента исследования использовалась специально разработанная карта, включавшая 150 пунктов, в том числе клинический и психологический разделы. По данным клинического исследования школьников разделили на три группы: здоровые; лица с начальными проявлениями ППР (НП ППР), и больные пограничными психическими расстройствами.

Пограничные психические расстройства были выявлены у 41 школьника (18,4 % от общего числа), а донозологические формы ППР — у 105 обследованных учащихся колледжа, что составило 47,1 % от всех обследованных.

Социометрический опрос в классах проводился по двум критериям: "учеба" и "эмоциональные предпочтения". По каждому из критериев задавалось 4 вопроса, три из которых должны были выявить симпатии, а один — антипатии в группе. В соответствии с процедурой, в опросник вводилось социометрическое ограничение выбора — при каждом ответе можно было назвать не более 3 фамилий. После обработки результатов рассчитывался социометрический индекс по формуле:

$$K = \frac{\Sigma_в - \Sigma_о}{n - 1}, \text{ где}$$

$\Sigma_в$ — сумма выборов данного члена группы,
$\Sigma_о$ — сумма его отвержений,
n — число членов группы.

Результаты исследования представлены на рис. 1.

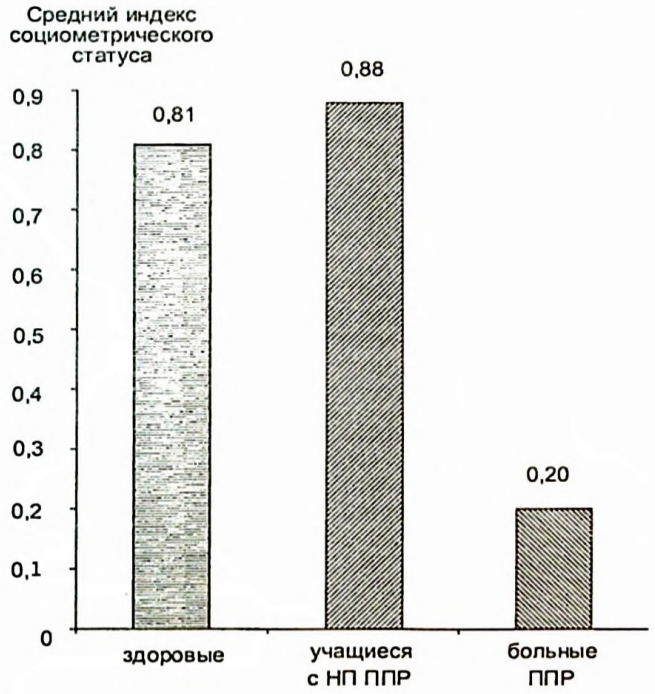
Социометрический статус учащихся с ППР (0,20±0,56) оказался достоверно ниже, чем у их здоровых соучеников (0,81 ± 0,20) и школьников с НП ППР (0,88 ± 0,48) ($p < 0,001$). При этом у 19 из 41 подростка третьей группы (46,3 %) число отвержений превышало число выборов, тогда как во второй группе таких учащихся было 16 из 105 (15,2 %), а в первой — ни одного.

Среди школьников, страдающих ППР, наивысший социометрический статус отмечался у подростков с психопатиями и патологическими формированиями личности — 0,34, тогда как в подгруппе с невротическими и психопатоподобными состояниями — 0,10, а у учащихся с неврозами — всего лишь 0,06. Однако эти различия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Во второй группе максимальное значение индекса С зарегистрировано при астено-вегетативных реакциях — 1,15 ± 0,32, в то время как при астенических реакциях — 0,61 ± 0,61, а при астено-депрессивных — 0,50 ± 0,74. Различия между первой и второй ($p < 0,01$), а так же первой и третьей ($p < 0,05$) подгруппами достоверны. Полученные результаты частично подтверждают данные Н. С. Кантонистовой [5] о более низком социометрическом индексе у подростков, страдающих ППР. В нашем исследовании он оказался даже не в два, а в четыре раза ниже, чем у здоровых.

Рисунок 1

Социометрический статус учащихся ДТК



Вместе с тем, не нашло подтверждения мнение об аналогичном статусе школьников с НП ППР — их показатели имели примерно те же средние значения, что и в первой группе. Таким образом, можно отметить, что социометрический индекс может служить достаточно чувствительным показателем микросоциальной дезадаптации подростков с ППР, особенно — неврозами.

На наш взгляд, причинно-следственные связи между социометрическим статусом в классе и состоянием психического здоровья учащихся имеют сложный характер. С одной стороны, изоляция или отвержение одноклассниками могут приводить к снижению самооценки подростка и последующей его психической дезадаптации. С другой стороны, стиль межличностного взаимодействия со сверстниками учащихся, страдающих ППР, как показывают наши наблюдения, зачастую носит неадекватный, ригидный характер и является одним из механизмов поддержания психических нарушений.

Полученные в ходе исследования данные были использованы при создании системы мероприятий по своевременной диагностике и профилактике пограничных психических расстройств у учащихся школ нового типа, в частности, обсуждение результатов социометрического исследования (общей психологической атмосферы в классе, числа взаимных выборов и отвержений, ранговых позиций каждого учащегося, внутренней структуры группы и т. д.), проводившееся с учетом деонтологических требований, служило отправной точкой групповой психокоррекционной работы в классах.

Литература:

1. *Гурлєва Т. С.* Відповідальність, самостійність, критичність, як ознаки творчого розвитку підлітка // Обдарована особистість: пошук, розвиток, допомога: Матер. доповідей та повідомлень Міжнародної науково-практ. конференції. — Київ, 1998. — С. 117—123.

2. *Громбах С. М., Крылов Д. Н., Кулакова Т. П.* Первичная профилактика нервно-психических нарушений // Психогигиена детей и подростков. — М.: Медицина, 1985. — С. 208—224.

3. *Проскурина Т. Ю.* Профилактика пограничных нервно-психических расстройств у учащихся старших классов общеобразовательных школ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1992.

4. *Крук И. В.* Клинико-психопатологические аспекты состояний учебной дезадаптации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 1995.

5. Школа и психическое здоровье учащихся / Под ред. С. М. Громбаха. — М.: Медицина, 1988. — 271 с.

6. *Булах І. С., Кулагіна Л. М.* Соціально-психологічні аспекти самореалізації творчих здібностей обдарованих підлітків // Обдарована особистість: пошук, розвиток, допомога: Матер. доповідей та повідомлень Міжнародної науково-практ. конференції.— Київ, 1998.— С. 312—316.

7. *Кривов'яз Н. А.. Курганська Л. О.* Психологічні чинники негативних проявів у обдарованих дітей // Обдарована особистість: пошук, розвиток, допомога: Матер. доповідей та повідомлень Міжнародної науково-практ. конференції. — Київ, 1998. — С. 356—361.

INFLUENCE OF INTERPERSONAL RELATIONS OF NEW-TYPE SCHOOLS PUPILS ON THEIR MENTAL HEALTH

Tabachnikov A. E.

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

Data about the sociometric indices of adolescents with and without borderline psychic disorders have been obtained. It was established, that pupils with neuroses have worse indices, than healthy adolescents. Obtained results were used in psychoprophylactic and psychotherapeutic work at school.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

А. Ф. Артемчук

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Распространенность хронического алкоголизма приняла массовый характер со всеми признаками своеобразной нарастающей эпидемии.

В наркологических учреждениях наблюдается значительный контингент больных с выраженными стадиями алкоголизма, рецидивирующим безремиссионным течением и неблагоприятным прогнозом, соматическими и неврологическими осложнениями, который требует современной клинической систематизации и разграничения, комплексного терапевтического подхода.

Многие современные исследователи переход от здоровья к болезни, от нормы к патологии закономерно рассматривают как ряд последовательных стадий процесса, адаптации (Т. М. Воробьева, П. В. Волошин, Л. Н. Пайкова и др., 1993). Однотипный патологический процесс развивается в результате неоднократного воздействия отдельных вредностей или их совокупности. В то же время один и тот же этиологический фактор может играть патогенетическую роль в развитии различных заболеваний (Ф. И. Фурдуй, 1990).

В качестве основной "мишени" приложения негативных воздействий различной природы, можно рассматривать сердечно-сосудистую систему, в которой, в первую очередь, проявляются симптомы функциональной перегрузки и недостаточности, патологические структурные изменения.

С целью изучения распространенности и форм электрокардиографических (ЭКГ) изменений проведено сплошное клинико-эпидемиологическое исследование 336 больных алкоголизмом, поступивших в течение года в наркологический стационар. Все исследования проведены в состоянии алкогольной (ААС) абстиненции (на 1—5 день поступления) и включали изучение жалоб и анамнеза по определенной схеме, клинических проявлений патологии сердечно-сосудистой и др. систем, измерение артериального давления (АД), запись ЭКГ.

Материалы ЭКГ-исследований обработаны по Миннесотскому коду.

Почти 2/3 обследованных больных — лица молодого и зрелого возраста (до 40 лет), представляющие наиболее значимый в биологическом, экономическом и социальном планах контингент населения.

В то же время, значительная часть из них (44,3 %) не участвуют в важных демографических процессах воспроизводства населения (12,9 % — холосты; 37,4 % — разведены); третья часть — не служили в армии; четверть — судимы; более половины — не работают.

У 39,3 % больных имеет место снижение толерантности к алкоголю и др. симптомы III стадии; у остальных — симптоматика II ст.

По типу течения алкоголизма все обследованные распределены в три группы: со злокачественно-прогредиентным (29,8 %); быстро-прогредиентным (31,2 %) и медленно-прогредиентным (40 %).

Исследование выявило четкие клинико-возрастные различия у больных алкоголизмом, что дало основание предполагать наличие дополнительных негативных факторов у части обследованных, ускоряющих и утяжеляющих течение алкоголизма.

Так, в группу со злокачественно-прогредиентным течением, в основном, выделились лица в возрасте 21—34 лет (93 %); с быстро-прогредиентным — 26—45 лет (96,2 %) и с медленно-прогредиентным — 31—55 лет (92,3 %) $p < 0,001$.

К числу вредностей, ускоряющих течение алкоголизма, относятся черепно-мозговые травмы с потерей сознания; нейроинфекции; участие в Афганской войне, ликвидации Чернобыльской катастрофы; болезнь Боткина; тяжелые, хронически текущие соматические заболевания. У этих пациентов отмечаются измененные формы опьянения, с агрессией, возбуждением, амнезиями (опьянение "травматика").

При опросе сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе установлены у 31 чел. (9,4 %) — гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз, инфаркт миокарда и др.

Сосудистые жалобы различного характера в структуре ААС предъявляют более чем 2/3 обследованных. В их числе: кардиальные (боли и тяжесть в области сердца, сердцебиения, ощущение нехватки воздуха, страх смерти — у 19,6 %); церебральные (головокружение, потемнение в глазах, мелькание мушек, пульсация в висках, головные боли с позывами на тошноту — у 39,3 %); психические (напряжение, тревога, беспокойство, страх, непереносимость громких звуков, агрессивность и др. — у 68,5 %).

Сердечно-сосудистые жалобы выявляются только при направленном опросе, что свидетельствует об их субъективно-второстепенной роли в структуре ААС. Даже при наличии объективных проявлений (высокое артериальное давление, тахикардия, ЭКГ-изменения), они остаются на заднем плане, в то время как больные фиксированы на плохом общем самочувствии, снижении настроения, отсутствии сна и аппетита, влечении к спиртному. Только после купирования этих и других проявлений ААС, сердечно-сосудистые жалобы актуализируются и выходят на передний план, нередко осложняя жизнь пациенту в период становления ремиссии.

При аускультации (консультант-кардиолог) не выявлено изменений со стороны сердца только у 7,7 % пациентов. Глухость сердечных тонов имела у 76,2 %; систолический шум — у 19,6 %.

Пограничная артериальная гипертензия (ПАГ) в состоянии ААС выявлена у 86 (25,6 %) обследованных больных; артериальная гипертония (АГ) — у 115 чел. (34,2 %). Таким образом, у 60 % обследованных больных алкоголизмом, поступивших в течение года на стацлечение, обнаруживаются высокие показатели артериального давления. Это в три раза чаще, чем в общей популяции мужчин (В. Н. Дзяк, Р. И. Микунис, А. М. Скупник, 1980). Гипотония в ААС выявлена у 12 чел. (3,6 %).

Как известно повышение АД обуславливает избыточную нагрузку на сердце, гипертрофию мышц, в первую очередь, его левых отделов, изменение оси сердца, а со временем — развитие мышечной слабости и сердечной недостаточности, застойных явлений в малом и большом кругу кровообращения, нарушение центральной и церебральной гемодинамики, дистрофические изменения. Учитывая значительную частоту приема спиртных напитков обследованными, а следовательно — и регулярность возникновения ААС, длительный алкогольный стаж, можно говорить о стойком, многолетнем, вторичном повышении АД и обязательности развития вышеотмеченных сосудистых нарушений у больных алкоголизмом.

Застойные явления в малом и большом кругу кровообращения способствуют увеличению частоты пневмоний, бронхитов, заболеваний печени, причем значимо чаще ($p<0,01$) в группе с медленно-прогредиентным течением алкоголизма, у которых значительно длиннее и стаж ААС.

В результате комплексной оценки клинических и электрокардиографических данных консультантом-кардиологом диагноз алкогольной кардиомиопатии (АКМП) в состоянии ААС выставлен 123 больным алкоголизмом, т. е. у 36,6 % от числа всех обследованных. Как показал корреляционный анализ, частота АКМП нарастает с увеличением возраста больных, длительности алкогольного стажа, частоты ПАГ и АГ, доз спиртных напитков, а также на III ст. алкоголизма (коэффициент парных корреляций 0,7—0,9).

Клинико-физиологическая оценка ЭКГ-изменений позволила сгруппировать их следующим образом:

1. Норма и варианты нормы (коды 1-0; 9-4-1; 9-4-2; 9-5) — у 39,6 % обследованных;

2. Ишемические коды, свидетельствующие о безболевой форме ИБС без стенокардии напряжения (коды 1-1-1; 1-3-1; 1-3-4; 5-2; 5-3; 7-1; 4-3; 5-1; 4-4; 5-4; 5-5) — у 30,2 %.

3. Коды 4-4; 5-4; 5-5 относятся к "мягким" критериям ИБС.

4. Коды, отражающие различные варианты нарушений функции проводимости сердца (6-3; 6-5; 7-2; 7-3; 7-5; 7-4; 7-1; 4-3; 5-1) — у 0,5 %.

5. Коды, указывающие на нарушения функции автоматизма (8-7; 8-8) — у 8,3 %.

6. Коды с признаками гипертрофии левого или правого желудочков (3-1; 3-3; 2-1; 3-2; 2-3) — у 17,2 %.

Таким образом, только у 39,6 % больных алкоголизмом в состоянии ААС не выявлены выраженные ЭКГ-изменения.

У 30,2 % зарегистрированы ишемические коды, свидетельствующие о безболевой ИБС без стенокардии напряжения. На втором и третьем месте по частоте следуют ЭКГ-признаки нарушения функции проводимости (18,2 %) и гипертрофии левого (11,5 %) и правого (5,7 %) желудочков.

В структуре выявленных изменений функции проводимости — нарушение атриовентикулярной (А-В) проводимости (2,6 %); полная и неполная блокада правой (13,5 %) или левой (2,6 %) ножки пучка Гисса.

Нарушения функции автоматизма выявлены у 8,3 % обследованных, в т. ч. синусовая тахикардия — у 3,7 %.

Наиболее частыми сочетанными формами ЭКГ-изменений были; признаки ишемии — и гипертрофии левого желудочка; признаки ишемии — и нарушения автоматизма; нарушения автоматизма — и гипертрофия левого желудочка; нарушения функции проводимости и автоматизма.

Необходимо отметить, что Миннесотский код, отличаясь относительно низкой чувствительностью, диагностирует только достаточно грубые и устойчивые нарушения.

Сопоставление групп больных в зависимости от типа течения алкоголизма, ЭКГ-изменений и возраста выявило важные закономерности (табл. 1, 2). Наиболее неблагополучной, в плане ЭКГ-изменений, является группа больных с прогредиентно-быстрым течением алкоголизма (большая частота кодов, свидетельствующих о ИБС и нарушении функции автоматизма).

Меньшая часть ишемических кодов у больных со злокачественно-прогредиентным течением алкоголизма, по-видимому, обусловлена небольшой длительностью "алкогольного" стажа и более молодым возрастом — алкогольное поражение сердца еще не успело состояться.

Таблица 1

Частота ЭКГ-изменений в различных возрастных группах больных хроническим алкоголизмом (в %)

Коды	Возраст (лет)			
	20—29	30—39	40—49	50—59
Варианты нормы	24	40,8	58,1	42,9
Ишемические	32	28,6	38,7	28,6
Нарушения проводимости	28	19,4	12,8	7,1
Нарушения возбудимости	—	—	—	7,1
Нарушения автоматизма	12	8,2	3,2	21,4
Гипертрофия желудочков	8	23,5	9,7	21,4

Таблица 2

Частота ЭКГ-изменений в зависимости от типа течения алкоголизма (в %)

Коды	Течение алкоголизма		
	Злокачественное	быстрое	медленное
Варианты нормы	57,1	33,4	47,1
Ишемические	28,6	46,7	24,2
Нарушения проводимости	4,8	13,3	24,2
Нарушения возбудимости	—	3,3	4,6
Нарушения автоматизма	4,8	13,3	9,1
Гипертрофия желудочков	14,3	3,3	27,3

Аналогичную низкую частоту этих кодов у больных с медленно-прогредиентным течением алкоголизма, которые представляют более старшую возрастную группу, можно объяснить досрочным "выбыванием" из популяции пьющих лиц с выраженными формами ИБС — поражение сердца у них уже состоялось и привело к гибели части из них или прекращению пьянства. Эти лица, естественно, в исследование не попали.

Больные алкоголизмом в возрасте 20—29 лет составляют наиболее неблагополучную группу в плане ЭКГ-изменений.

Меньше всего ЭКГ-изменений у больных в возрасте 40—49 лет: у 58,1 % из них регистрируется нормальная ЭКГ.

У больных алкоголизмом в возрасте 20—29 лет ишемические коды сочетаются чаще с кодами, свидетельствующими о нарушении функции проводимости; 50—59 лет — о гипертрофии желудочков и тоже нарушении функции проводимости.

Таким образом, сплошное клинико-эпидемиологическое исследование 336 больных алкоголизмом, поступивших в течение года в наркологический стационар, выявило гипертензию в состоянии ААС у 60 % (ПАГ — у 25, 6 %; АГ — у 34,2 %); гипотензивный синдром — у 3,6 %; клинические признаки АКМП — 36,6 %.

Наибольшая частота гипертензионного синдрома и АКМП отмечена у больных с быстрым (соответственно, 43,3 % и 40 %) и медленным (соответственно, 36,4 % и 45, 5 %) течением алкоголизма (против 15,8 % и 15,8 %) в группе со злокачественно-прогредиентным течением. Большая частота этих нарушений коррелируют с длительностью злоупотребления спиртным и признаками застоя в малом и большом кругу кровообращения. Исследование выявило незаметность для пациента, второстепенность сосудистых жалоб: они выявляются только при направленном опросе и клиническом, электрофизиологическом (ЭКГ) исследовании.

Так, анализ материалов ЭКГ-исследования по Миннесотскому коду, признаки АКМП выявил у 60,4 % обследованных, что вдвое выше, чем при клиническом осмотре. Наиболее часто отмечаются ишемические коды (30,2 %); нарушения функции проводимости (18,8 %); гипертрофия желудочков (17,2 %) и нарушения функции автоматизма (8,3 %).

Встречаемость ишемических нарушений почти в 2 раза выше в группе с прогредиентно-быстрым течением алкоголизма, чем со злокачественным (28,6 %) и медленным (24,2 %) течением. Нарушения функции проводимости чаще встречаются в группе больных с медленным (24,2 %) течением, чем в группах со злокачественным (4,8 %) и быстрым (13,3 %) течением алкоголизма.

Наиболее клинически- и прогностически неблагополучными, в плане ЭКГ-изменений, являются больные алкоголизмом в возрасте 20—29 лет.

Полученные данные определяют диагностическую и терапевтическую тактику врача-нарколога в первые дни и недели пребывания больного в наркологическом стационаре. Они свидетельствуют о необходимости ЭКГ-исследования больных при поступлении в наркостационар и динамическом наблюдении у кардиолога на всех этапах противоалкогольного лечения.

Литература:

1. *Воробьева Т. М., Волошин П. В., Пайкова Л. Н. и др.* Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий. — Харків: Основа, 1993. — 176 с.

2. *Фурдуй Ф. И.* Стресс и здоровье. — Кишинев: "Штиинца", 1990. — 240 с.

3. *Дзяк В. Н., Микунис Р. И., Скупник А. М.* Алкогольная кардиомиопатия. — Киев: Здоров'я, 1980. — 208 с.

EPIDEMIOLOGY OF ECG-CHANGES AT THE PATIENTS IN A CONDITION OF AN ALCOHOLIC ABSTINENCE

A. F. Artemchuk

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

Entire clinical epidemiological examination of 336 alcoholics revealed electrocardiographical changes in abstinence: ischemie — 30,2 %; conduction delay — 18,2 % (atrioventricular — 2,6 %; complete and incomplete delayed-conduction of right — 13,5 % or left — 2,6 % stalk of His bundle);

myocardium hypertrophy (aortic ventricle of heart — 11,5 % and pulmonic ventricle of heart — 5,7 %);

automatism delay — 8,3 %, also sinus tachycardia — 3,7 %.

Prescribed dependence of electrocardiographical changes from the age of the patients and the kind of alcoholism flow.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАПОЙНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

И. В. Куприенко

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

При наличии огромного арсенала средств и методов лечения алкоголизма и, в частности, купирования запойных состояний, эффективность лечения остается недостаточной, наблюдаются многочисленные осложнения, побочные эффекты, аллергические реакции, терапевтическая резистентность, противопоказания. В связи с этим поиск новых подходов к купирующей терапии является актуальным. Целенаправленно изучая клинико-патофизиологические аспекты запоев у больных алкоголизмом, мы установили высокую частоту периодичности, цикличности, "пароксизмальности" при наличии предвестников, компульсивности, "эндогенной актуализации" первичного патологического влечения, появления дисфорических состояний. Дополнительным маркером, свидетельствующим о патогенетическом сходстве запойных состояний при алкоголизме с пароксизмальностью при эпилепсии, являются периодические мышечные спазмы, дрожание, пароксизмальность на ЭЭГ и эпилептические припадки алкогольного генеза, предшествующие запоям или регистрируемые как исход последнего.

Клиническая картина у каждого конкретного больного на каждом конкретном этапе запойного состояния (начало, середина, окончание, абстинентный период), фактически складывается из особенностей сочетания и удельного веса таких клинических феноменов как выраженность алкогольной интоксикации и абстинентных проявлений, патологического влечения к алкоголю или его аверсии с развитием аверсивного синдрома [2, 8, 9].

В литературе имеются сообщения об использовании в комплексном лечении алкоголизма, в том числе неотложных состояний, противосудорожных средств.

Вместе с тем углубленных и целенаправленных исследований эффективности антиконвульсантов при алкоголизме до настоящего времени не проводилось.

Целью настоящей работы явилось изучение клинико-биоритмологических закономерностей запойных состояний, и на этой основе обоснование дифференцированного применения противосудорожной терапии на модели финлепсина.

Для наркологии представляет интерес и тот факт, что финлепсин помимо противосудорожного, обладает также литиеподобным тимостабилизирующим эффектом [13, 16, 19]. По описанию ряда авторов финлепсин обладает широким спектром антиалкогольного действия — уменьшает проявления абстинентного синдрома [6, 7, 11, 18, 20, 21], подавляет влечение к алкоголю [1], редуцирует психопатологические и неврологические проявления при алкогольном делирии [4].

Мы провели изучение эффективности финлепсина при купировании запойных состояний у больных алкоголизмом.

Терапевтическое действие финлепсина было изучено у 30 мужчин, больных алкоголизмом, поступивших в наркологическое отделение при промышленном предприятии в состоянии истинного запоя. Обследовались больные II и II—III стадии.

Возраст больных колебался от 25 до 60 лет, в среднем составил 39,7 лет. Длительность заболевания от 3 до 15 лет.

Давность формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у 14 % — до 3 лет, у 16,6 % — от 3 до 5 лет, у 38,8 % — 6—10 лет, у 17 % — 11—15 лет, у 13,6 % — 16—20 лет.

Давность появления истинных запоев: до 1 года — 19,4 %, от 2 до 3 лет — 21 %, от 4 до 5 лет — 26,6 %, от 6 до 10 лет — 23,8 %, больше 10 лет — 14,2 %.

Средняя продолжительность запоев: от 3 до 5 дней — 23,84 %, от 6 до 10 дней — 47,6 %, от 11 до 15 дней — 14,28 %, от 16 до 30 дней — 14,28 %, в среднем составила 8 дней.

Контрольную группу составили 30 больных, сопоставимых по возрасту (средний возраст 38 лет) и особенностям клинической картины, страдающих алкоголизмом II и II—III стадий, запойной формой потребления, получавших лечение по общепринятым схемам дезинтоксикационной и седативной терапии.

Целенаправленному изучению подверглись динамика вторичного патологического влечения к спиртному и собственно клинических проявлений абстинентного синдрома.

При изучении динамики ААС давалась суммарная оценка проявлениям ААС в баллах по специальной карте [5] в момент поступления, на второй, третий, пятый и седьмой дни госпитализации. Так же в 1, 3, 7 дни проводилось электроэнцефалографическое обследование.

Квантификационная оценка ААС в момент поступления больных проводилась, несмотря на наличие алкогольной интоксикации, на основании представлений о том, что с определенного этапа массивной многодневной алкоголизации при истинных запоях абстинентные явления развиваются даже при незначительном падении повышенных уровней этанола в крови [3, 17] и наблюдается смешение симптоматики интоксикации и абстиненции.

Для количественной оценки динамики патологического влечения к алкоголю под влиянием финлепсина использовался тест кратковременного (2 — 3 сек.) воздействия парами этанола на обонятельный анализатор. Исследование проводили ежедневно у больного с закрытыми глазами без предварительного информирования его о предстоящем вдыхании паров этанола [10].

Финлепсин назначался в дозе 400—800 мг/сутки. Первая доза (обычно 200 мг) назначалась при по-

ступлении, уже в период острой алкогольной интоксикации или остаточных ее явлений при поступлении больных в стационар. При этом мы руководствовались научной информацией о фармакокинетике финлепсина, согласно которой препарат достаточно медленно поступает из ЖКТ в системный кровоток, причем максимальная концентрация наблюдается через 24 часа после приема препарата [12, 14, 15].

В основной группе больных, получавших финлепсин, патологическое влечение к алкоголю (ПВА) редуцировалось в среднем на третий день, в то время как в контрольной группе — на пятый, а элементы ПВА сохранялись до седьмого дня (вегетативный и аффективный компоненты). Интересно отметить, что у той части больных основной группы, которые поступили в стационар в период аверсионного синдрома (23,3 % больных основной группы) и получали лечение финлепсином, абстинентные постзапойные расстройства протекали мягче, в то время как у больных контрольной группы с аверсионными расстройствами (26,6 % больных контрольной группы) тошнота и пароксизмы рвоты имели место в два раза чаще и сохранялись более продолжительное время (до 3 дней) в структуре ААС, утяжеляя его картину. Таким образом, можно утверждать, что финлепсин купирует не только патологическое влечение к алкоголю в структуре запойного состояния, но и аверсионные расстройства, тяжесть которых коррелирует с тяжестью наступившего после запоя ААС.

Абстинентный синдром под влиянием финлепсина при сравнительно одинаковой тяжести состояния больных основной и контрольной групп в момент поступления (все больные в день госпитализации находились в запое и были в состоянии острой алкогольной интоксикации) в основной группе на следующий день (1 день абстиненции) утяжелялся незначительно, тогда как в контрольной группе среднесуммарная балльная оценка возрастала до 40 баллов. Во второй день абстиненции отмечается максимальная разница в тяжести состояния больных основной и контрольной групп (17 и 30 баллов соответственно). У больных, получавших финлепсин, ААС, по итоговой оценке, не достигал, в сравнении с контрольной группой, большой тяжести и редукция ААС происходила в более короткие сроки. Так уже на 3 день абстиненции в основной группе среднесуммарный балл тяжести абстинентного синдрома составил 5, что клинически соответствует легкому ААС (в основном сохранились лишь астенические и мягкие дисгрипнические расстройства, легкий тремор вытянутых рук при закрытых глазах), а к 4 дню абстиненции ААС практически полностью редуцировался. Особенно значительно подвергались обратному развитию аффективные проявления ААС, больные становились доступнее психотерапевтическому контакту, расстройства настроения дисфорического типа к этому времени наблюдались лишь у двух больных (6,6 %).

В контрольной группе аффективный компонент влечения к спиртному в структуре ААС, напротив, оказался самым длительно купируемым, торпидным, часто наблюдались дисфорические нарушения (36,6 %), что привело к рецидиву запойного статуса у 5 больных (16,6 %) до выхода из ААС. В основной группе рецидив запоя до полного выхода из абстинентного состояния наблюдался лишь у двух больных со II—III стадией алкоголизма с выраженными явлениями психопатизации.

Динамика клинических показателей коррелировала с данными электроэнцефалографического обследования (таблица). Видно, что в основной группе под влиянием финлепсина наступила более быстрая нормализация электроэнцефалографических показателей по сравнению с контрольной группой, процент больных со значительным снижением амплитуды, угнетением электрической активности, дезорганизацией ее, уменьшалась диффузная и пароксизмальная активность.

Таблица

Динамика ЭЭГ-показателей под влиянием финлепсина

Параметр	ед. изм.	1 день		3 день		7 день	
		рабоч.	контр.	рабоч.	контр.	рабоч.	контр.
Доминирующая α-активность	%	33,3	36,6	36,6	30	40	33,3
	колич.	10	11	11	9	12	10
Доминирующая β-активность	%	66,7	63,3	63,3	70	60	66,7
	колич	20	19	19	21	18	20
Миогенные и мигательные помехи	%	83,3	80	40	83,3	0	13,3
	колич	25	24	12	25	0	4
Значительное снижение амплитуды	%	70	73,3	50	76,6	40	56,6
	колич	21	22	15	23	12	17
Угнетение электрической активности	%	50	46,6	53,3	60	30	40
	колич	15	14	16	18	9	12
Дезорганизация электрической активности	%	13,3	16,6	16,6	23,3	7,6	23,3
	колич	4	5	5	7	3	7
Диффузная эпилептическая активность	%	40	36,6	20	46,6	6,6	40
	колич	12	11	6	14	2	12
Пароксизм. эпилептическая активность	%	20	20	6,6	26,6	3	10
	колич	6	6	2	8	1	3
Диэнцефальная активность	%	13,3	10	3	10	0	10
	колич	4	3	1	3	0	3
Глубинная внутриполушарная активность	%	6,6	6,6	0	6,6	0	6,6
	колич	2	2	0	2	0	2

У больных с преобладающим изначально α-ритмом (34 % — в основной и 36 % — в контрольной группах) α-волна характеризовалась нерегулярностью, низкоамплитудностью, часто встречались пароксизмальные элементы, *тэта*-волны. У 98 % этих больных отмечалась остаточная реакция на световые и звуковые раздражители, а в ответ на гипервентиляцию у 78 % больных появлялись патологические формы — острые, медленные, полиморфные и дистантные вспышки.

Под влиянием финлепсина у той части больных основной группы, у которой до лечения отсутствовал α-ритм, отмечено его появление на ЭЭГ, тогда как в контрольной группе отмечено исчезновение α-ритма к 3 дню с момента поступления еще у 4 больных. В основной группе значительно раньше, и у большего процента больных исчезли миогенные и мигательные помехи, что соответствовало меньшей тяжести клинически оцениваемого ААС, в частности, неврологических нарушений.

Таким образом, основываясь на результатах данного исследования, противосудорожный препарат финлепсин можно рекомендовать к использованию в наркологии по новому назначению в качестве средства для купирования истинных запоев.

К достоинствам предлагаемого фармакотерапевтического подхода относятся: финлепсин не противопоказан больным, у которых на момент начала лечения выражена алкогольная интоксикация; при назначении финлепсина в период алкогольной интоксикации развивающийся ААС носит более мягкий характер по сравнению с больными контрольной группы, и купируется в более короткие сроки; под действием финлепсина происходит более быстрая редукция как собственно патологического влечения к спиртному, так и аверсионного синдрома; под воздействием данного препарата у больных практически не наблюдается дисфорических расстройств, а аффективные нарушения в целом подвергаются более быстрой редукции, не отмечается эпилептиформных припадков в абстиненции; позитивная динамика клинической картины коррелирует с тенденцией к нормализации ЭЭГ-показателей.

Литература:

1. *Альтшулер В. Б., Бурлаков А. Я., Кравченко С. Л., Павлова О. О., Плетнев В. А., Пузиенко В. А., Соколова Е. П., Чередниченко Н. В.* Противосудорожные средства в терапии алкоголизма: новый подход // Вопросы наркологии. — 1992. — № 3—4. — С. 47 — 51.
2. *Альтшулер В. Б.* Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
3. *Бокий И. В., Лапин И. П.* Алкогольный абстинентный синдром. — Ленинград: Медицина, 1976. — 117 с.
4. *Гонопольский М. Х., Адильханова К. А., Кизилов В. В., Мишин В. В.* Лечение алкогольного делирия стазепином // Здравоохранение Казахстана.— 1977.—№ 6.— С. 26.
5. *Лакуста В. Н., Гроссу Г. С.* Иглорефлексотерапия алкогольного абстинентного синдрома. — Кишинев, Штиница, 1982. — 105 с.
6. *Малка Р., Генри Х.* Применение психотропных препаратов в комплексном лечении алкоголизма // Вопросы наркологии. — 1992. — № 3—4. — С. 70—74.
7. *Москети К. В., Годлевский А. Г., Римерова Э. В., Тихонов К. И.* Опыт применения парлодела для лечения тяжелых форм хронического алкоголизма // Вопросы наркологии. — 1991. — № 1. — С. 21—23.
8. *Пятов М. Д.* Клиническая дифференциация больных алкоголизмом, находящихся на принудительном лечении // Вопросы клиники, диагностики и профилактики алкоголизма и наркоманий.— М., 1983.— С. 111—114.
9. *Свинцников С. Г.* К вопросу о рецидивах алкоголизма. // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Сб. науч. работ.— М., 1994. — С. 53—55.
10. *Сосин И. К., Мысько Г. Н., Гуревич Я. Л.* Немедикаментозные методы лечения алкоголизма.— К.: Здоров'я, 1986. — 152 с.
11. *Тешнер К. Л.* Применение карбамазепина в лечении синдрома алкогольной отмены // Pharmedicum, 1996. — № 1. — С. 21—22.
12. *Bernus I., Dickinson R. G., Hooper W. D., Eadie M.J.* Dose-dependent metabolism of carbamazepine in humans. //Epilepsy Res., 1996. Jul.,— № 24.—Vol. 3.— P. 163—172.
13. *Dietrich D. E., Emrich H. M.* The use of anticonvulsants to augment antidepressant medication. // J. Clin. Psychiatry, 1998. — № 59. — Suppl. 5. — P. 51—58.
14. *Gram L.* Pharmacokinetics of new antiepileptic drugs. // Epilepsy, 1996. — № 37. — Suppl. 6. — P. 12—16.
15. *Kanner A. M., Bourgeois B. F., Hasegava H., Hutson P.* Rapid switchover to carbamazepine using pharmacokinetic parameters. // Epilepsy, 1998. — Feb., — № 2. — Vol. 39. — P. 194—200.
16. *Keck P. E. Jr., McElroy S. L., Strakowski S. M.* Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder.//J. Clin. Psychiatry, 1998.— № 59.— Suppl. 6.— P. 74—84.
17. *Mello N. K., Mendelson J. H.* Experimentally induced intoxication in alcoholics; a comparison between programmed and spontaneous clinking. // J. Pharmacies exp. ther., 1970. — Vol. 173. — P. 101—106.
18. *Mueller T. I., Stout R. L., Rudden S., Brown R. A., Gordon A., Solomon D. A., Recupero P. R.* A double-blind, placebo-controlled pilot study of carbamazepine for the treatment of alcohol dependence. // Alcohol. Clin. Exp. Res., 1997. Feb., — № 21. — Vol. 1. — P. 86—92.
19. *Stoll A. L., Severos W. E.* Mood stabilizers: shared mechanisms of action at postsynaptic signal-transduction and kindling processes. // Harv. Rev. Psychiatry, 1996. — Jul., — № 4. — Vol. 2. — P. 77—89.
20. *Wilbur R., Kilik F. A.* Anticonvulsant drugs in alcohol withdrawal: use of phenitoin, primidone, carbamazepine, valproic acid, and the sedative anticonvulsants // Amer. Jorn. Hosp. Pharm., 1981. — Vol. 38. — P. 1138—1143.
21. *Wolanczyk T., Wojnar M., Cedro A.* Carbamazepine in the treatment of alcohol withdrawal. // Psychiatr. Pol., 1997. — Mar., — № 31. — Vol. 2. — P. 189—196.

THE NEW APPROACHES TO TREATMENT OF DRINKING-BOUT CONDITION AT THE PATIENTS WITH ALCOHOLISM

I. V. Kupryenko
Postgraduate Medical Institute
Kharkiv

Clinical pathophysiological aspect of drinking periods in patients with alcoholism was the purpose of the study. It was established a high frequency of intervals, cycles, paroxysms, endogenous actualization of primary pathological inclination to alcohol. In complex treatment of drinking periods conditions we used Finlepsin. Under the influence of Finlepsin it was registered the reduction of alcoholic abstinence syndrome duration, decrease of its gravity. Positive dynamics of clinical condition correlates the tendency towards EEG figures normalization.

ОБОСНОВАНИЕ И ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ НОВОГО ТИПА

С. И. Табачников, Е. Н. Зинченко

Донецкий государственный медицинский университет
г. Донецк

В последние годы значительно возрос удельный вес алкоголизма в структуре общей заболеваемости. По данным ВОЗ, он занимает третье место среди причин смертности, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Согласно результатам статистических исследований в Украине зарегистрировано около 2,5 млн. лиц с алкогольной зависимостью [1]. Вместе с тем, истинное количество указанных пациентов значительно выше. Алкогольная зависимость формируется постепенно, в определенном темпе, с закономерным поочередным появлением клинических симптомов, изменением уклада жизни, социальной позиции личности в целом [2]. Негативные медико-этические, социальные последствия данного заболевания и низкая эффективность терапии обусловили актуальность разработки новых методов лечения алкоголизма [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Эмоционально-стрессовый гипноз по В. Е. Рожнову [11], стресс-психотерапия по А. Р. Довженко [12], эмоционально-стрессовая психотерапия патологического влечения к алкоголю в период алкогольного абстинентного синдрома по С. И. Жижилеву [13] и др., внесли новое в разрешении указанной проблемы. В этом приоритет названных авторов. Однако в последние годы произошло значительное снижение эффективности данных методов из-за большого количества рецидивов у пациентов [14, 15].

Нами разработан вариант краткосрочной эмоционально-стрессовой гипносуггестивной психотерапии (КЭСГСП) алкогольной зависимости на основе анализа многолетнего опыта практической работы, научных исследований в данной области, а также исходя из следующих основных теоретических положений:

1. Согласно концепции Г. Селье [16] и Гаркави [17] эмоциональный стресс может приобретать для организма и личности различные качества — болезнетворные, стимуляционно-активирующие и лечебные.

2. Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия (КЭСГТ) по В. Е. Рожнову [18] — это система активного лечебного вмешательства, цель которого — произвести в душе больного подобие хирургической операции, которая заставит его на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть, а в ряде случаев и радикально изменить отношение к себе, своему болезненному состоянию, окружающей микро- и макросоциальной среде.

3. ЭСП адресуется как к сознанию больного, так и к среде его подсознательного и психического бессознательного [18].

4. Основным базовым принципом ЭСП является специализация мозговых полушарий [19].

ЛЕВОЕ ПОЛУШАРИЕ — рациональное (бодрствование), преобладает сознательное	ПРАВОЕ ПОЛУШАРИЕ — интуитивное (гипнотический транс), преобладает бессознательное
вербальное	невербальное
логико-грамматическое	визуально-пространственное
рациональное	интуитивное
конкретное	абстрактное
аналитическое	синтетическое
управляемое	спонтанное
концентрированное	диффузное
напряжение	комфорт

5. Возникновение особых феноменов при гипнозе частично связано со специализацией мозговых полушарий.

6. В гипнотическом трансе преобладает функционирование правого полушария, то есть гипнотический транс "депотенциализирует" левое полушарие, тем самым позволяя на несколько мгновений доминировать правому полушарию со всеми его характеристиками. В свою очередь, левое, рациональное, сознательное полушарие на несколько мгновений уступает ведущее место правому, интуитивному, спонтанному, бессознательному полушарию.

7. Информация, предъявляемая в субсенсорном режиме восприятия, усваивается человеком с эффективностью в тысячи раз превышающей норму. Так, 97 % психической (психологической) деятельности у людей протекает на уровне подсознания и только 3 % — на осознаваемом (эффект 25 кадра на экране — реализация скрытых резервов головного мозга).

8. В основу методики положена также новая концепция механизмов саногенеза эмоционально-стрессовой психотерапии с позиции фазатонной терапии, согласно которой мозг может быть представлен как квазикристаллическая структура, состоящая из однотипных модулей — фазатонов, каждый из которых является неравновесным балансирующим нейродинамическим контуром или осциллятором, осуществляющим пространственно-временную координацию событий в организме человека. В связи с этим фазатонный нейродинамический генератор, являясь системным регуляторным механизмом, одновременно представляет собой неспецифический универсальный ритмоводитель, а значит и саногенный механизм.

9. Мозговая система позитивного подкрепления в определенных условиях (стрессы, психотравмирую-

щая ситуация, органическая дефектность мозга на почве сосудистой патологии, черепно-мозговые травмы и др.) может служить матрицей, на которой строится патологическая интеграция влечения к алкоголю.

Системообразующим фактором такой функциональной системы является положительная эмоция эйфоризирующего действия алкоголя [20].

Кратко излагаем методику, разработанную нами, краткосрочной эмоционально-стрессовой гипносуггестивной терапии.

Лечение пациентов состоит из пяти периодов.

1 период (подготовительный).

1.1. Информация по телефону близких родственников или больных (лично) о необходимости иметь в амбулаторной карте консультативное заключение терапевта (или кардиолога, гастроэнтеролога), невропатолога, фтизиатра, при необходимости, за месяц до начала лечения.

1.2. Перед началом лечения указывали больным об абсолютных и относительных противопоказаниях.

1.2.1. Абсолютные — *сердечно-сосудистые заболевания*: острые и хронические (декомпенсация) формы сердечно-сосудистой недостаточности, ИБС — покоя, мерцательная аритмия, недавно перенесенный инфаркт миокарда или легкого (последние 6 мес. — год), врожденные и приобретенные пороки сердца (декомпенсация), гипертоническая болезнь, Ш ст.; *заболевания легких*: активная форма туберкулеза легких (каверна, инфильтрат, ВК ++); *заболевания желудочно-кишечного тракта*: острый гастрит, острый панкреатит, острый гепатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, болезнь Боткина, болезнь оперированного желудка (обострение); *заболевания мочеполовой системы*: острый цистит, острый пиелонефрит; *заболевания ЦНС*: острые и хронические экзогенные (в том числе алкогольные) и эндогенные психозы, олигофрения (умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость), алкогольная деградация личности, эпилепсия (большие развернутые, частые припадки или эпистатус), психоорганический синдром, психопатия возбудимого круга.

Относительные противопоказания: отдаленные последствия травмы головного мозга, начальная стадия деградации личности.

II период (вводный).

I-й этап — больные вместе с близкими родственниками в день лечения заполняли специальную анкету, а медсестра или регистратор — амбулаторную карту на больного, расписку, договор между врачом, пациентом и его близкими родственниками (время с 9.00 до 10.00).

II-й этап. На данном этапе осуществляли психологическое исследование больных по следующим методикам: Спилбергера — Ханина (личностная и реактивная тревожность), тест Люшера (компьютерный вариант), САН (самочувствие, активность, настроение), MMPI. Длительность второго этапа 3—4 часа.

III период (основной).

I этап. На этом этапе проводили семейную, разъяснительную, косвенную психотерапию. При этом уточняли следующие данные: сроки злоупотребления и предпочитаемые алкогольные напитки, максимальная доза алкоголя в течения дня (в среднем), количество пребываний в медвытрезвителе или приводов в милицию, поведение в состоянии алкогольного опьянения (агрессивен, спокоен), с какого года запои и их длительность, опохмеление, потеря контроля над количеством употребляемого алкоголя, "провалы" памяти на второй день после "бахуса" (полная или частичная амнезия). Важным разделом специального опроса больных и близких родственников являлось следующее: сколько раз и в каких специализированных медицинских центрах лечился пациент, у каких врачей (если об этом помнят больные), какими методами, сроки "кодирования" и ремиссий, сколько дней перед лечением воздерживался от приема алкоголя. Встреча с больными, их родственниками проходила на деонтологической основе. Во время этой беседы (1—1,5 часа) давали краткую информацию о методе лечения. Предупреждали пациентов о том, что для проведения сеанса гипноза нужно обязательно иметь их согласие. Разъясняли также, что можно употреблять из пищи и какие применять лекарственные средства, и чего нельзя (например, нельзя употреблять квас, изготовленный из ржаной муки, безалкогольное пиво и шампанское, спиртсодержащие лекарственные средства — настойки, экстракты, микстуры, бальзамы и др.), как предупредить осложнения в случае "подливания" алкоголя в безалкогольные напитки на празднествах, каковы должны быть формы поведения пациентов в этих случаях.

II этап (25—30 мин.) начинали с определения и усиления внушаемости, гипнабельности больных в присутствии их родственников.

III этап осуществляли с пациентами в количестве 3—5—9—11—15 человек, то есть формировали малые, средние и большие группы. На этом этапе пациентам проводили голотропное (холотропное) дыхание (10—15 мин.) во время которого "закладывали" в подсознание больного(ой) безразличие, неприятие и непереносимость к любым алкогольным напиткам.

IV этап (10—15 мин.). С каждым пациентом проводили эмоционально-стрессовую гипносуггестивную терапию на фоне танатофобической суггестии и тошнотно-рвотной реакции с впрыскиванием в полость рта алкогольного коктейля (водка + самогон + пиво + вино и т. д.) через специальный пульверизатор.

IV период ("кодирование" 5—7 мин.). Осуществляли индивидуально с каждым пациентом внезапно в специальном кабинете путем воздействия на точки Валле и нулевые точки правого и левого уха аппаратом Порог-1 (микроволновой информационно-резонансный излучатель), а затем в течение 1—2 сек. впрыскивали хлорэтил в носовые ходы. Затем проводили транскраниальное закрепление "кода" с помощью аппарата "Миоритм-021" на срок оговоренный предварительно с больным, но не более чем от 1 до 5 лет при первичном обращении.

V период (поддерживающая терапия). Его осуществляли больным с "тяжелой" формой алкоголизма, психоорганическим синдромом, алкогольной энцефалопатией, психосоматическими расстройствами и др. (1—2 сеанса ЭСГСТ через каждые 2—

3 месяца в течение 1—2 лет). Всего этим методом пролечено более 3000 пациентов (ремиссия свыше года — составила 93 % случаев). Из них прицельно наблюдали в течение трех лет 230 человек. При этом эффективность достигнута за указанный период в 86 % случаев (Короп А. П., 1985). Вместе с тем, по данным профессора Г. М. Энтина (1994), ремиссия свыше года наблюдалась у пациентов, пролеченных по методу А. Р. Довженко в 42 % случаев, методом "торпеда" — 44,8 %, имплантацией эспералью дисульфирами — 31,2 %. В то же время длительность ремиссии у больных пролеченных нами методом краткосрочной ЭСГСТ свыше 3 лет составила 86 % случаев.

Таким образом, данный метод психотерапии является достаточно эффективным и может проводиться амбулаторно, как в государственных, так и в учреждениях нового типа, и не требует отрыва пациентов от семьи и производства.

Литература:

1. *Синицкий В. Н.* Комплексная терапия хронического алкоголизма // Лікування та діагностика. — Київ, 1996. — №2. — С. 40—44.
2. *Михайлов Б. В.* Система патогенетичного лікування хворих на алкоголізм із сексуальними порушеннями // Інформаційний лист. — Харків, 1997.
3. *Иванец Н. Н.* Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. — М., 1991.— № 3.— С. 13—16.
4. *Иванец Н. Н.* Актуальные проблемы алкоголизма// Вопросы наркологии. — М., 1988. — № 1. — С. 3—7.
5. *Сосин И. К.* Обоснование и дифференцированное применение немедикаментозных методов в комплексном лечении алкоголизма // Алкоголизм. — М., 1988. — С. 144—147.
6. *Сосин И. К., Мысько Г. Н.* Немедикаментозные методы лечения алкоголизма // Киев, 1986. — 152 с.
7. *Сосин И. К.* Немедикаментозные методы лечения наркоманий, токсикоманий и алкоголизма // Метод. рекомендации. — Харьков, 1990. — 22 с.
8. *Сосин И. К.* Биофизические методы лечения — новый терапевтический аспект наркологии // Новые подходы к лечению алкоголизма наркоманий, токсикоманий. — Гагра, 1989. — С. 40—41.
9. *Галкин В. А.* Эмоционально-стрессовая психотерапия больных алкоголизмом // Актуальные проблемы медсоц. реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями / Моск. НИИ психиатрии. — М. — Орел, 1994. — С. 130—132.
10. *Николаенко Н. В.* Дифференцированное применение и эффективность некоторых психотерапевтических методов при лечении больных алкоголизмом // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989. — С. 107—114.
11. *Рожнов В. Е.* Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия больных алкоголизмом как методика активной условно-рефлекторной терапии (УРТ): Метод. рекомендации. — М., 1979. — 13с.
12. *Довженко А. Р.* Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Метод. рекомендации. — М: Минздрав СССР, 1984. — 12 с.
13. *Жижилев С. И.* Эмоционально-стрессовая психотерапия патологического влечения к алкоголю в период алкогольного абстинентного синдрома: Дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27. — Харьков. — 1996. — 201с.
14. *Мінько О. І.* Рання діагностика та прогноз лікування хворих на алкоголізм безмедикаментозними методами (клініко-фізико-хімічне та клініко-нейробіологічне дослідження): Автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.01.17. — Харків, 1997. — 32 с.
15. *Тринус В. Г.* Адаптированный метод УРТ, показания и способы его применения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. — Киев, 1997. — 14 с.
16. *Selye H.* The stress of life // New-York, 1976. — P. 428.
17. *Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А.* Адаптационные реакции и резистентность организма. — 2-е изд., перераб. и доп. — Ростов: изд-во Рост. ун-та, 1990. — 120 с.
18. *Рожнов В. Е.* Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 58—79.
19. *Воробьева Т. М., Волошин П. В., Пайкова Л. Н. и др.* Нейробиология патологических влечений алкоголизма, токсико- и наркоманий. — Харьков: Основа, 1993. — 176 с.
20. *Короп А. Ф.* Экспертная оценка качества и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений: Метод. рекомендации. — Харьков, 1985. — 23 с.

SUBSTANTIATION AND ESTIMATION SHORT-TERM EMOTIONALLY-STRESS PSYCHOTHERAPIES OF ALCOHOLIC DEPENDENCE IN ESTABLISHMENTS OF A NEW TYPE

S. I. Tabachnikov, E. N. Zinchenko

Donetsk State Medical University
Donetsk

New variant short-term emotional-stress psychotherapy (ESP) of alcohol abuse was designed by us on the base of 8 main theoretical positions (H. Selye, L. H. Garkavy, V. E. Rozhnov, A. T. Filatov, conception of sanogenesis mechanisms ESP, from position fasathon theory and others.). More than 3000 patients were treated on the given method. We've made cathamnesis observation to 230 persons. At that efficiency reached (during 3 years) in 86 % cases.

ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ И СЛУХОВЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРАХНОИДИТАХ

Гаевая М. А.

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

Посттравматический церебральный арахноидит является одним из частых клинических синдромов периода отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы [1, 4, 5].

Симптоматика арахноидита зависит, главным образом, от характера выраженности и локализации патологического процесса. Клинические проявления церебрального арахноидита, как правило, полиморфны. Патогномоничные симптомы для церебрального арахноидита отсутствуют [2].

В связи с вышеизложенным, важное значение имеет изучение отоневрологических симптомов при указанной патологии.

Целью работы явилось изучение вестибулярных и слуховых расстройств при церебральном арахноидите травматического генеза.

Объектом исследования явилось 103 больных с посттравматическим арахноидитом головного мозга. Из них мужчин было 39 (37,2 %), женщин — 64 (62,8 %). Возраст больных колебался от 17 до 60 лет. Давность заболевания от 1-го года до 20-ти лет.

Комплекс исследований включал: неврологический осмотр в динамике, изучение вестибулярных симптомов после проведения калорической и вращательной проб, аудиометрию.

В результате проведенных исследований нами были получены следующие результаты.

Основной жалобой обследованных больных была головная боль (в 100 % случаев). Головная боль в основном носила диффузный характер, однако в 73 наблюдениях (70,8 %) она иррадиировала в глазные яблоки, область переносицы, надбровную зону, что указывало на ее оболочечный характер. Постоянные головные боли наблюдались у 64 больных (62,2 %), эпизодические — у 39 (37,8 %). Кроме головных болей, пациенты отмечали головокружение, пошатывание при ходьбе, укачивание в транспорте, тошноту, рвоту, снижение зрения и слуха, нарушения сна, раздражительность, рассеянность внимания, снижение памяти, общую слабость, повышенную утомляемость.

В неврологическом статусе достаточно часто имела место очаговая неврологическая симптоматика. Признаки поражения черепных нервов наблюдались у 92 больных (89,3 %). Анизорефлексия, патологические кистевые и стопные рефлексы, координаторные нарушения, вегетативные дисфункции отмечались у 98 больных (95,1 %).

Исследовалась вестибулярная функция. Наиболее частым спонтанным симптомом вестибулярных нарушений было головокружение (у 88 человек — 85,4 %). Чаще отмечалось несистемное головокружение (в 61 случае — 69,4 %), которое проявлялось преимущественно ощущением неустойчивости, шаткости при ходьбе. У 27 человек (30,6 %) головокружение было системным (в виде вращения предметов перед глазами). У 34 больных (38,6 %) головокружение сопровождалось тошнотой, рвотой.

Вторым по частоте спонтанным симптомом вестибулярных расстройств (55 случаев — 53,3 %) был нистагм. В преобладающем большинстве отмечался горизонтальный нистагм (31 наблюдение — 56,3 %), в 15 случаях (27,2 %) — выявлялся вертикальный нистагм, в 9 наблюдениях (16,3 %) нистагм был с ротаторным компонентом. Нистагм выявлялся одно- или двусторонним, мелкоразмашистым, ритмичным. В большинстве случаев (в 42 наблюдениях — 76,3 %) нистагм сопровождался вестибуло-сенсорными и вестибуло-вегетативными реакциями.

Нарушение равновесия имело место в 52 случаях (50,4 %). Неудовлетворительное выполнение пальценосовой и коленно-пяточной проб регистрировалось у 24 (23,2 %) пациентов.

Постоянным симптомом вестибулярных нарушений у обследованных лиц была гиперрефлексия вестибулярного анализатора, выявляемая с помощью калорической и вращательной проб (вероятно, за счет выраженных вегетативно-сосудистых нарушений). Характерными проявлениями нарушений калорического и поствращательного нистагма были: вестибулярная гиперрефлексия, асимметрия по характеру и продолжительности нистагма, извращение и частое изменение направления калорического нистагма, появление маятникообразного нистагма. Калорический нистагм был, в основном, тоничным или клонико-тоничным. Тоничность нистагма выражалась в появлении нистагмических пауз и единичных нистагмических толчков.

Слуховые нарушения в виде шума в ухе и различной степени снижения слуха отмечались у 73 (70,8 %) больных. Снижение слуха наблюдалось, как правило, с двух сторон, однако такой двусторонний характер чаще выявлялся только при аудиометрическом исследовании. Снижение слуха колебалось от легкой степени до полной односторонней глухоты (в 12 наблюдениях — 16,4 %). В противоположном ухе чаще отмечалось легкое снижение слуха с преимущественным понижением восприятия высоких частот. У всех больных слуховые пороги характеризовались нарушением костной проводимости наравне с воздушной. Аудиометрическое исследование слуха в динамике у большинства больных отражало прогрессирующий характер слуховых расстройств.

По степени выраженности вестибулярных нарушений всех обследованных мы разделили на три группы.

В первую группу (8 человек — 7,7 %) вошли больные с выраженными нарушениями вестибулярной функции, характеризовавшиеся интенсивными субъективными и объективными признаками: почти постоянная головная боль, головокружение, сопровождающееся тошнотой, рвотой, выраженными вегетативно-сосудистыми пароксизмами по типу симпато-адреналовых, вагоинсулярных или смешанных кризов. Часто отмечался спонтанный нистагм, нарушение равновесия, промахивание при выполнении координаторных проб.

При отоневрологическом исследовании выявлялись нарушения вестибулярной возбудимости, значительная частота и выраженность вестибуло-вегетативных реакций.

Вторую группу (75 больных — 72,8 %) составили пациенты, у которых имели место умеренные вестибулярные расстройства. Субъективно отмечались непостоянные головные боли, усиливающиеся при изменении погодных условий, а также при повышенных физических и эмоциональных нагрузках. В неврологическом статусе выявлялся нистагм, координаторные нарушения, вегетативные дисфункции (преимущественно при перемене положения тела в пространстве или при эмоциональном возбуждении). Отоневрологическое исследование выявляло умеренное нарушение возбудимости в виде гиперрефлексии, асимметрию возбудимости. При калорической и вращательной пробах отмечались значительно выраженные вестибуло-сенсорные и вестибуло-вегетативные реакции.

У больных третьей группы (20 человек — 19,4 %) отмечалась легкая степень вестибулярных нарушений. Непостоянные головные боли умеренной интенсивности практически не сопровождались головокружением. При отоневрологическом исследовании с дополнительной нагрузкой на вестибулярный анализатор отмечались незначительные вестибулярные дисфункции в виде затухающего нистагма, легких вестибуло-вегетативных реакций.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных с посттравматическими церебральными арахноидитами часто наблюдаются различные отоневрологические симптомы, проявляющиеся как слуховыми, так и координаторными нарушениями.

Указанные расстройства, вероятнее всего обусловлены особенностями васкуляризации слухового и вестибулярного аппаратов, т. е. отсутствием коллатералей сосудов среднего и внутреннего уха с сосудами других бассейнов.

Литература:

1. *Акимов Г. А., Команденко Н. И.* К вопросу о церебральном арахноидите // Журн. невропат. и психиатрии. — 1982.— Т. 82.— Вып. 2. — С. 200—203.

2. *Головченко Ю. И., Макарова Т. Т.* Динамика показателей иммунной реактивности организма у больных хроническим церебральным арахноидитом // Врачебное дело. — 1988. — Вып. 5. — С. 78—80.

3. *Курако Ю. Л., Шогам И. И., Череватенко В. В. и соавт.* Организация диспансерно-реабилитационных мероприятий при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы // Неврология и психиатрия. Республ. межвед. сборник. — Киев, 1987. — Вып. 16. — С. 29—32.

4. *Лукачер Г. Я., Чудновский В. А., Боровикова Е. Н.* Диагностика и судебно-психиатрическая экспертиза при травматическом церебральном арахноидите // Журн. невропат. и психиатрии. — 1988. — Т. 88. — Вып. 12. — С. 61—64.

5. *Маджидов Н. М., Зинченко А. П., Деменко В. Д.* Сотрясение головного мозга легкой степени. — Ташкент, 1980. — 204 с.

VESTIBULAR AND ACOUSTICAL INFRINGEMENTS AT POSTTRAUMATIC CEREBRAL ARACHNOIDITES

Gaevaya M. A.

Kharkiv Postgraduate Medical Institute
Kharkiv

According to literary publications patients suffering of arachnoid cerebral have no specific symptoms, characterizing the disease. Clinical development of this disease is polyamorphous. That's why the research of different displays of the disease, as well as auralneuralgic symptoms, is of a great importance.

103 patients suffering of postinjured arachnoid cerebral were examined by as with the help of caloric, rotary tests and audimetry.

The results of the observation proved that patients suffering of arachnoid cerebral often show different auralneuralgic symptoms which result in auditory and coordination defects. The above mentioned health fails were most lively caused by the infractions of liquar-movement and haemo-movement, which has to be taken into consideration when you recommend treatment to this category of sick.

РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ И ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

О. Ю. Сухоносова

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

По данным ВОЗ количество больных, перенесших черепно-мозговую травму увеличивается на 2 % ежегодно [2]. Травматические повреждения головного мозга — одна из важнейших проблем медицины, интерес к которой сохраняется в течение многих лет и остается одной из главных причин летальности, частой инвалидности, в том числе и среди детского населения [4, 6]. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) очень многообразны: начиная с функциональных нарушений и заканчивая грубым органическим дефектом. Даже при легких ЧМТ наблюдаются резидуальные явления, которые могут проявиться различными неврологическими синдромами, ведущими к социальной дезадаптации [2].

Симптоматика отдаленных последствий ЧМТ зависит, главным образом, от выраженности, характера структурных и функциональных изменений. Часто на первый план выступают нарушения церебральной гемодинамики — по данным различных авторов до 30 % [2]. В связи с вышеуказанным важное значение для отдаленных последствий ЧМТ у детей имеют дополнительные и не связанные с ионизирующим излучением методы диагностики сосудистых нарушений со стороны головного мозга. Таким требованиям в достаточной мере соответствует комплексное исследование реоэнцефалографии (РЭГ) и транскраниальная ультразвуковая допплерография (ТДГ) [4, 5].

Целью настоящей работы явилось сопоставление РЭГ и ТДГ-критериев при отдаленных последствиях ЧМТ у детей разного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 53 ребенка (из них 31 мальчика и 22 девочки) в возрасте от 7 до 16 лет. У обследованных детей были диагностированы следующие синдромы: цереброастенический — у 34 чел (64 %), вегетативно-дистонический — у 30 чел. (57 %), ликворно-гипертензионный — у 21 чел. (40 %), церебрально-очаговый — у 12 чел. (23 %), посттравматической эпилепсии — у 6 чел. (11 %). У 28 детей (53 %) отмечалось сочетание двух, а у 12 детей (6 %) — трех вышеописанных синдромов.

Для регистрации РЭГ использовали одновременно четыре канала реографа, чувствительность каждого канала не ниже 2 мВ/0,1 Ом. Полоса частот реографа и регистратора 0,5—30 Гц. Сила тока через объект 2—3 мА. Напряжение на электродах 3—4 В. Калибровочный сигнал 0,81 Ом. Скорость движения бумаги 30 мм/сек. Пульсовые волны РЭГ обрабатывались посредством их качественного и количественного анализа.

Согласно рекомендациям Л. Р. Зенкова, М. А. Ронкина (1991 г.) [1] при качественном анализе РЭГ оценивались крутизна наклона анакроты, характер вершины, расположение дикротического зубца, выраженность и количество дополнительных зубцов, межполушарная асимметрия кровенаполнения, наличие или отсутствие пресистолических зубцов.

Кроме РЭГ для оценки мозгового кровотока нами был использован метод ТДГ. Ультразвуковой транскраниальный пульсовой сонограф ТС 2-64 фирмы EMI, оснащенный двумя зондами спектрального анализа Фурье допплеровского сигнала, способен автоматически подсчитывать максимальную линейную систолическую, диастолическую и среднюю скорость кровотока в сантиметрах в секунду. Регистрация параметров осуществлялась на принтере фирмы " Epson". При исследовании глубоко залегающих сосудов (сонные, позвоночные артерии) использовался датчик с частотой 4 мГц, при исследовании поверхностно расположенных артерий (лицевая, надблоковая) — датчики с частотой 8 мГц. Нами использовался темпоральный, трансорбитальный и субокципитальный доступы.

Результаты исследования. По данным РЭГ у обследованных больных выявлены следующие типы кривых:

- гипотонический тип РЭГ-кривой (удлинение пологой анакротической фазы и снижение катокротической);
- гипертонический тип РЭГ-кривой (высокие показатели величины пульсового кровенаполнения и уменьшение реографического показателя притока);
- смешанный тип РЭГ-кривой (колебание параметров от гипер- до гипореактивности мозговых сосудов с тенденцией к снижению пульсового кровенаполнения);
- затруднение венозного оттока.

По данным ТДГ у детей с малыми неврологическими нарушениями существенных изменений мозгового кровотока не было выявлено (большинство обследованных с церебрастеническим, вегетативно-дистоническим синдромом). У детей с выраженными церебрально-очаговыми и ликворно-гипертензионными синдромами наблюдалось увеличение скорости мозгового кровотока, особенно в бассейне средней мозговой артерии и асимметрия кровотока. Данные нашего исследования совпадают с данными литературы и свидетельствуют о том, что средняя мозговая артерия несет до 70 % мозгового кровотока и является наиболее показательной в отношении ликвородинамических и сосудистых нарушений у посттравматических больных.

В таблице представлены РЭГ, ТДГ сопоставления типов нарушений у детей с посттравматическими нарушениями головного мозга.

Таблица

РЭГ и ТДГ сопоставления при отдаленных последствиях ЧМТ у детей разных возрастных групп

Метод исследования признак поражения	Возрастная группа									
	До 10 лет					10—16 лет				
	Синдромы, %					Синдромы, %				
	ЦА	ВД	ЛГ	Ц0	Эп	ЦА	ВД	ЛГ	Ц0	Эп
РЭГ										
Гипертонический тип				3	4	5		9		4
Гипотонический тип	5			4		9			1	1
Смешанный тип		23		2			34			1
Затруднение венозного оттока			12	8	2			19	13	3
Норма	25					20				
ТДГ										
Нарушение кровообращения в каротидном бассейне	7				2	11	6			4
Нарушение кровообращения в вертебро-базилярном бассейне		18	12		3		13			
Асимметрия кровотока		2	3	8	2		9	17	12	3
Норма	30									

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что у детей с грубыми неврологическими нарушениями по данным ТДГ нарушается кровоток по средней мозговой артерии и наличие асимметрии, по данным РЭГ наблюдается смешанный тип кривой с нарушением венозного оттока. Таким образом, нарушения церебрального кровотока, выявленные с помощью РЭГ и ТДГ, необходимо учитывать при назначении лечения, решении экспертных вопросов и прогнозировании исходов болезни.

Литература:

1. *Зенков Л.Р., Ронкин М.А.* Функциональная диагностика нервных болезней.— М.: Медицина, 1991.— 640с.

2. *Сумеркина М. М.* ЗЧМТ у детей: классификация, диагностика, клинические особенности, этапность лечения и профилактика: Метод. реком. — Москва, 1985. — 37 с.

3. *Шотенов П.* Ультразвукова доплерова сонография. — София, 1986. — С. 18.

4. *Toole J. F.* Cerebrovascular Disorders. — SED-New York, 1984. — P. 1—18.

5. *Rollo M., Burdi N., Fiorentino P., Pasquarello T., Tamburrini G. P.* Pediatric cerebral arteriovenous malformations: Value of color Doppler ultrasound in the diagnosis and management of endovascular treatment // Riv. Neuroradiol. — 1997, 10. — № 2. — P. 151—155.

RHEOENCEPHALOGRAPHY AND DOPPLEROGRAPHY OF COMPARISON AT THE REMOTE CONSEQUENCES OF A CRANIOCEREBRAL TRAUMA AT CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

O. Yu. Suchonosova

Kharkiv Postgraduate Medical Institute
Kharkiv

The aim of the work is to compare rheoencephalograhpy REG and transcranial ultrasound dopplerography UDG-criteria in children with remote consequences of brain injury.

We have examined 53 children in the age of 7 to 16 years with brain injury remote consequences. It has been determinated, that in children with minor neurological damages to UDG data have not change significantly. The children having manifested locus-cerebral and liquor-hypertension syndromes have shown significant disruption of brain circulation velocity in region of median cerebral artery of circulation. This data correlates with hampered vein according to REG data.

КОЖНО-СОСУДИСТАЯ РЕАКЦИЯ НА НИКОТИНОВУЮ КИСЛОТУ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

В. И. Тайцлин, О. И. Лобойко

Украинский научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии
г. Харьков

Для определения функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) применяется клинико-экспериментальный подход, в том числе функционально-динамическое исследование вегетативной реактивности, дающей представление о гомеостатических возможностях организма. Одним из высокочувствительных и показательных тестов на вегетативно-сосудистую реактивность является кожно-сосудистая реакция (КСР) на введение никотиновой кислоты (НК), оказывающей сосудорасширяющее действие на периферические нервно-сосудистые образования кожи. КСР на НК изучали при кожных и венерических заболеваниях [1], у больных шизофренией [2, 5], постинфекционным гипоталамическим синдромом [4], энцефалитами с поражениями лимбико-ретикулярных структур [6—9].

У лиц, перенесших так называемую легкую закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ) (сотрясение головного мозга, ушиб мозга легкой степени) в разные сроки после нее часто развиваются церебральные (неврологические и психические), а также соматические, в частности сердечно-сосудистые нарушения (ССН).

С целью объективизации состояния реактивности ВНС у больных с последствиями ЗЧМТ (1 год и более после ЧМТ) мы изучали КСР на НК у 98 больных (в возрасте от 20 до 45 лет).

Среди них выделены 3 группы: 1) основная (ОГ) — 34 больных с церебральными и ССН, появившимися в разные сроки после ЗЧМТ; 2) I контрольная (IКГ) — 40 больных только с церебральными (без соматических) нарушениями после ЗЧМТ; 3) II контрольная (IIКГ) — 24 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ЗССС), не имевших ЧМТ. Кроме того включили III контрольную группу (IIIКГ) — 10 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста, не имевших ни ЧМТ, ни ЗССС.

КСР изучали при введении 1 % раствора НК в количестве 3 мл внутримышечно. Исследование проводили при дневном освещении, до начала лечения любыми препаратами, при достаточном интервале времени между приемами пищи. Перед введением НК больному измеряли артериальное давление (АД), определяли частоту сердечных сокращений (ЧСС). Определяли следующие показатели: а) эритема — ее латентный период, темп развития, интенсивность, длительность реакции, латерализация, распространенность, характер рисунка; б) субъективные ощущения — время их появления, характер, локализация, динамика, продолжительность; в) динамика АД и пульса на высоте проявления эритемы. Из общего числа больных ареактивные лица, у которых отсутствовала КСР на НК, составили соответственно в ОГ и IIКГ 18±0,7 % и 17±0,8 %, в IКГ — 25±0,7 %, т. е. без достоверных различий между ними, но чаще, чем у здоровых, среди которых ареактивности не было. Латентный период (от введения НК до появления эритемы) короткий (от 1-й до 4 мин) был у 90±0,10 % здоровых, у больных ОГ и IIКГ (у 38±0,8 % и 46±0,10 % соответственно, особенно во IIКГ, по сравнению с IКГ (22±0,7 %; $p<0,05$), тогда как в IКГ преобладали лица (52±0,8 %) с латентным периодом от 5 до 10 мин ($p<0,01$). По темпу развития КСР на НК была достоверная разница у больных ОГ и IIКГ, по сравнению с IКГ ($p<0,001$), у них преобладал медленный темп развития эритемы (65±0,8 % и 62±0,10 % соответственно), тогда как в IКГ в большинстве (52±0,8 %) отмечался быстрый темп развития эритемы, также как и в группе здоровых, хотя и реже, чем у последних. Интенсивность оказалась обратно пропорциональной темпу ее развития. Так, у лиц ОГ и IIКГ после медленного нарастания эритемы ее интенсивность была выраженной (++) у 74±0,8 % и 71±0,9 % соответственно, т.е. достоверно чаще, чем в IКГ (18±0,8 %). Длительность реакции была различной, но у больных ОГ и IIКГ эритема держалась более длительное время, чем в IКГ ($p<0,01$). Вместе с тем, по сравнению со здоровыми, во всех трех группах больных длительность реакции свыше 60 мин была реже ($p<0,001$), тогда как между этими группами достоверных различий не было.

Изучение симметричности никотиновой эритемы выявило симметричную локализацию у всех здоровых контрольной группы, преобладание ее левосторонней латерализации у больных ОГ и IIКГ (53±0,9 % и 58±0,10 % соответственно). У лиц IКГ 45±0,8 % имели симметричное расположение эритемы. После введения НК на высоте эритемы у здоровых лиц пульс не менялся. У больных всех обследованных групп отмечались изменения частоты пульса в сторону его замедления или учащения. Так замедление пульса выявлено у больных ОГ и IIКГ (53±0,9 % и 50±0,10 % соответственно). Учащение пульса преобладало у больных IКГ (45±0,8 %) ($p<0,001$). Изменение частоты пульса происходило у большинства больных в цифрах первой десятки (от 5 до 10 ударов), как при его учащении, так и при замедлении. Показатели АД также изменялись, под воздействием НК, особенно на высоте эритемы: достоверно чаще ($p<0,05$) выявлено снижение АД у больных ОГ и IIКГ (соответственно у 59±0,9 % и 71±0,9 % больных), тогда как у 35±0,8 % больных оставалось прежним. Отмечено, что снижение АД на введение НК было в случаях, где оно превыша-

ло нормальные показатели (140/90 мм рт. ст.), т. е. отмечалась его нормализация, реакция носила адаптивный характер.

Одной из постоянных форм реакции на введение НК являлись субъективные ощущения (СО). Они, как правило, несколько предшествовали появлению эритемы или совпадали со временем их появления. По СО больные были разделены на 2 группы: 1) адекватные эритеме ощущения тепла, жара, жжения, покалывания, пощипывания, легкий зуд кожи; 2) не связанные с самой эритемой ни по локализации, ни по характеру чувство усталости, иногда дурнотное состояние, у многих больных — уменьшение тяжести в голове. Кроме того отмечались тошнота, озноб, позывы на мочеиспускание, боли в животе в области пупка, различного рода парестезии.

Таким образом, у больных с отдаленными последствиями ЗЧМТ и ЗССС при исследовании КСР на введение НК отмечается преобладание лиц с укороченным латентным периодом, медленным темпом развития КСР, выраженной интенсивностью и более длительным временем кожной эритемы, латерализацией (чаще левосторонней) асимметрий, а также изменением (замедлением) пульса и снижением АД.

Можно полагать, что выявленные у больных с последствиями ЗЧМТ изменения связаны с различным уровнем поражения надсегментарных вегетативных структур и интенсивностью воздействия возникшей гиперреактивной детерминантной системы [3], вызывающей нарушение гомеостаза и дезинтеграцию или реорганизацию церебральных регуляторных механизмов вегетативно-сосудистых реакций. Полученные данные позволяют более дифференцированно и адекватно оценивать функциональное состояние организма, а КСР на НК может быть использована в качестве функционально-диагностического экспресс-метода для выявления реактивности сосудов при поражении надсегментарных вегетативных структур травматического генеза.

Литература:

1. *Бедненко П. Ф.* Материалы к учению влияния центральной нервной системы на реактивность кожи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1958. — 18 с.

2. *Гавенко В. Л.* Некоторые клинико-физиологические данные о реакции на никотиновую кислоту больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1967. — 13 с.

3. *Крыжановский Г. Н.* Системные отношения в невропатологии и психиатрии (некоторые вопросы теории) // Журн. невропат. и психиатр.— 1981.— Вып. 7.— С. 961—968.

4. *Михайлова К. В.* К патопсихологической и патофизиологической характеристике гипоталамического синдрома постинфекционного (постгриппозного) генеза: Дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1967. — С. 459—549.

5. *Павловский С. И.* Характеристика некоторых приспособительных механизмов мозга при параноидной шизофрении и их клиническое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1974. — 19 с.

6. *Тайцлин В. И., Хаймович Л. А.* Изменения вегетативной реакции на никотиновую кислоту у больных с поражением лимбико-ретикулярных структур // Тез. докл. межобл. науч.-практ. конф.— Пермь, 1981.— С. 215—217.

7. *Тайцлин В. И., Хаймович Л. А., Жданов Б. Ф.* О роли никотиновой кислоты в отражении сосудистой реактивности у больных энцефалитом // Неврология и психиатрия.— Киев: Здоров'я. — 1983.— № 12.— С. 31—35.

8. *Тайцлин В. И., Хаймович Л. А.* Кожно-сосудистая реакция на никотиновую кислоту при патологии лимбико-ретикулярного комплекса // Кн. Актуальные вопросы неврологии и психиатрии (материалы II республ. съезда невропат., психиатров ГССР. — Кутаиси, 29—31 октября 1980. — Тбилиси: Мецниереба, 1986.— С. 365—367.

9. *Тайцлин В. И., Хаймович Л. А., Жданов Б. Ф.* Соотношение функциональных и органических нарушений при инфекционных лимбико-гипоталамо-ретикулярных расстройствах // Неврология и психиатрия. Республ. межвед. сборник. — Киев: Здоров'я, 1985.— Вып. 14.— С. 63—67.

DERMATOVASCULAR REACTION ON NICOTINIC ACID IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF CRANIOCEREBRAL TRAUMAS

V. I. Tajtslin, O. I Lobojko

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry

Kharkiv

In work carried out the results of security the pharmacological test on the vegetovascular reactivity-dermatovascular reaction (DVR) on nicotinic acid (NA) injection in patients with cerebral and somatic disorders in remote period of craniocerebral injuries. There was given the description of dermal erythema (latent period, rate of development, intensity, prolonged reaction, lateralizanion and etc.), the peculiarities of subjective sensation, dynamics of arterial pressure and pulse rate on height of erythema. Dermatovascular reactions on nicotinic acid made be used for quick diagnosis of vascular reactivity during the lesion of subsegmental vegetative structures.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И ПАТОЛОГИЯ КРАНИО-САКРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

И. И. Шогам
Медицинский центр "Меди-Кар", г. Кармиэль, Израиль
А. А. Пороскун
Районное территориальное медицинское объединение, Луганская область, г. Старобельск, Украина

Несмотря на очевидные успехи и достижения в разработке проблемы закрытых черепно-мозговых травм (ЗЧМТ), достигнутые за последние десятилетия, эффективность лечения больных с последствиями ЗЧМТ еще остается явно недостаточной. В неврологической практике нередко наблюдается парадоксальная ситуация, когда клиницист, довольно четко ориентируясь в патогенезе определенных посттравматических симптомов, купировать их никак не может. Между тем, в некоторых медицинских центрах с помощью приемов кранио-сакральной терапии (КСТ) при тех же посттравматических симптомах часто и довольно быстро (после 2—5 сеансов) достигается положительный эффект, правда, за счет чего, каких механизмов, морфофункциональных сдвигов достигается такой эффект — кураторы больных представления, как правило, не имеют. Оригинальные эффективные приемы мануальной коррекции на костях черепа используются и в народной медицине [1], поэтому в настоящей статье мы сочли целесообразным выделить еще мало известные особенности морфофункциональной организации кранио-сакральной системы и (отчасти концептуально) высокой эффективности КСТ.

Кранио-сакральная терапия — это мягкое, ненасильственное мануальное воздействия на кости черепа и позвоночник с целью восстановления нормальной подвижности кранио-сакральной системы и релаксации напряженных фасциальных структур. Основоположником краниальной концепции в остеопатии является William G. Sutherland [16]. Он доказал наличие врожденной подвижности головного и спинного мозга, суставной подвижности костей черепа, рассматривал ограничения их движений как патологию с определенной клинической картиной. Дальнейшее развитие концепции Sutherland получило в работах John E. Upledger [17, 18], показавшего роль твердой мозговой оболочки и других фасциальных структур в кранио-сакральном движении.

К кранио-сакральной системе относят комплекс анатомических образований, прямо или косвенно соприкасающихся и функционально связанных со спинномозговой жидкостью (СМЖ): головной и спинной мозг, мозговые оболочки, внутримозговые перегородки, мембраны, синусы, другие внутримозговые соединительно-тканные образования, кости черепа, соединяющие их швы и суставы, весь позвоночник, крестец и копчик. КСС имеет свойства полузакрытой гидравлической системы, имеющей особые пути для продукции (хориоидальные сплетения) и оттока ликвора (пахионовы грануляции). Центральными звеньями КСС являются твердая мозговая оболочка и спинномозговая жидкость, окружающие и защищающие головной и спинной мозг. Дуральная оболочка является практически нерастяжимой, плотной соединительно-тканной мембраной, образующей внешнюю границу кранио-сакральной системы. Краниальные кости рассматриваются как "твердые места" в твердой мозговой оболочке, которые используются при диагностике и в качестве опоры — при лечении [17]. После выхода из полости черепа dura mater плотно присоединяется к краю большого затылочного отверстия и телам позвонков С2 и С3, затем она свободно располагается в позвоночном канале (что обеспечивает определенную подвижность спинного мозга) и прикрепляется только к крестцу на уровне S2. Часть дуральной трубки, расположенная между затылочной костью и крестцом, в краниальной остеопатии обозначается как "центральное соединяющее звено", которое в норме обеспечивает синхронность движений затылочной и крестцовой костей, а также объединяет череп и крестец в единую систему — кранио-сакральную [17, 19].

Установлено, что помимо сердечного и респираторного, существует еще третий биологический ритм — кранио-сакральный. Он заключается в плавном, ритмичном (6—12 циклов в 1 минуту) колебании давления спинномозговой жидкости (СМЖ), которое через твердую мозговую оболочку передается на кости черепа и крестец с распространением на все ткани, органы и системы. Причиной колебаний давления СМЖ является ее ритмичная продукция и постоянное всасывание. При продукции ликвора хориоидальными сплетениями увеличивается поперечный, уменьшаются вертикальный и продольный диаметры черепа, происходит раздражение рецепторов в черепных швах, откуда тормозящие импульсы поступают в хориоидальное сплетение; при этом продукция ликвора прекращается. В результате постоянного всасывания СМЖ через систему пахионовых грануляций внутричерепное давление снижается, уменьшается поперечный, увеличиваются вертикальный и продольный диаметры черепа, исчезает тормозящая импульсация и вновь начинается продукция ликвора [5, 17, 19]. СМЖ постоянно находится в процессе формирования и движения, при чем химический состав желудочковой и субарахноидальной СМЖ отличается. Упомянутые пульсации и перемещения СМЖ имеют большой биологический смысл — они обеспечивают постоянство цереброспинальных обменно-метаболических процессов и определенный уровень активации специфических и неспецифических структур, расположенных по ходу ликворопроводящих систем.

Одним из основополагающих в остеопатии является положение о фасциальной непрерывности строения тела человека. Все соединительно-тканные образования (твердая мозговая оболочка, фасции, су-

хожилия, апоневрозы, капсулы внутренних органов, брюшина, плевра, перикард и др.) рассматриваются как своеобразный фиброзный скелет организма, объединяющий структуры человеческого тела в единую систему [4, 8, 17]. Начинаясь в междольковых перегородках подкожной клетчатки, фасции переходят на мышцы, в виде оболочек распространяются на внутренние органы, оплетают нервы, сосуды, проникают в череп и спинномозговой канал. Таким образом, посредством фиброзных мембран твердая мозговая оболочка интимно связана с костно-мышечной системой и внутренними органами; через межфасциальные пространства кранио-сакральный ритм распространяется на весь организм, сказываясь на его гомеостазе [3, 5, 7, 19].

Следует специально остановиться на черепных швах, которые в норме не окостеневают, обеспечивая суставную подвижность между костями черепа в течение всей жизни. Этапы эмбриогенеза, их особенности подтверждают и конкретизируют это положение, не совпадающее с представлениями классических анатомических школ, согласно которым с возрастом швы черепа окостеневают, образуя жесткую, неподвижную оболочку, защищающую головной мозг [2]. На ранних стадиях эмбриогенеза, когда в своде черепа происходит сближение костных территорий, края костей растут по направлению друг к другу через уплотненную мезенхиму, облекающую головной мозг. В каждой из сближающихся костей выделяются камбиальная зона, и зона волокнистой кости. В промежутках, разделяющих кости, располагаются волокна мозговой капсулы. Края костей в процессе роста расщепляют перепончатую ткань на наружный слой, образующий надкостницу черепа, и внутренний слой, из которого развивается твердая мозговая оболочка. Перед тем, как произойдет соединение обоих камбиальных слоев, по краям каждой костной территории образуется капсулярная зона. Затем территории двух костей соединяются, образуя дефинитивный шов. Таким образом, каждый шов состоит из пяти слоев, расположенных между соединяющимися костями. Зонами роста костей являются только камбиальные слои швов. С возрастом эти слои становятся тоньше и во взрослом организме в них сохраняется по одному слою клеток [13, 15].

Обеспечивая в целом плотное соединение костей черепа, защищающих головной мозг, черепные швы сохраняют способность к мелкоамплитудным движениям в пределах 0,28—1,44 мм [9]. Выделяют несколько типов швов — плоский, шаровидный, спиралевидный, зубчатый, зазубренный, чешуйчатый, зазубрено-чешуйчатый. Ключевая роль в кранио-сакральном движении принадлежит сфено-базилярному синхондрозу, что обусловлено анатомическими особенностями основной кости, имеющей шовные соединения почти со всеми костями черепа. Наличие суставной подвижности костей черепа доказано экспериментально на секционном материале [9, 15]. У живых людей при определенной тренировке ее можно ощутить пальпаторно [12, 16, 17], а также зарегистрировать при помощи электронных приборов [5, 10, 14].

Любые отклонения со стороны образований КСС (блокирование черепных швов, патологические смещения, натяжения, скручивания внутричерепных мембран и др.) способствуют нарушениям кранио-сакрального ритма. Патология КСС может возникнуть прежде всего при различного рода авариях и катастрофах, неизбежно сопровождающихся травмами черепа, позвоночника, головного и спинного мозга, других органов и систем; при травмах дорожно-транспортных, спортивных, производственных, бытовых, боевых (особенно баротравмах), при чем не только тяжелых, но и легких, не приводящих к повреждениям вещества мозга, о которых часто забывают. Особое значение имеют ЧМТ, полученные детьми еще при беременности матери, во время родов и в раннем послеродовом периоде.

По данным литературы и нашим наблюдениям при поражении КСС могут отмечаться головные боли, особенно мигренозного типа, боли в области лица, шеи, зубов, сердца и других внутренних органов; снижение зрения, дезорганизация взора, страбизм, нистагм, шум в ушах, снижение слуха, головокружения, различного рода тики, бруксизм, нарушения моторной речи, сна, памяти, внимания, выраженная адинамия, изменения сердечного ритма, спазмы пищевода, пептическая язва желудка, аллергический насморк, астматические состояния, сухость слизистых либо слезо-слюнотечение, повышение температуры тела, отставание в росте, либо чрезмерный рост, ожирение либо кахектичность, нарушения менструального цикла и др. У детей в связи с нарушением содружественных движений глаз, пространственного восприятия окружающих предметов возникают сложности и неудачи при различного рода играх, запаздывает развитие речи, обучение чтению и письму, затягивается и усложняется процесс приобретения бытовых и других навыков. В итоге они отстают в развитии от сверстников; вторично изменяется их поведение и личность в целом; создаются и социальные проблемы.

Чаще всего приведенные выше симптомы у взрослых и детей связаны с посттравматическими отклонениями в сфено-базилярном симфизе, швах костей свода и основания черепа (прежде всего соединения с основной костью), височно-нижнечелюстном, атланто-окципитальном, атланто-аксиальном, илео-сакральном сочленениях. Причем в патологический процесс вовлекаются не только костно-суставные структуры, но и связанные с ними соединительнотканные мембраны, мозговые оболочки, перегородки, венозные синусы, отверстия и щели основания черепа с их содержимым — артериями, венами, черепно-мозговыми нервами и ганглиями [5, 6, 11, 17].

Коррекция КСС проводится с помощью серии специальных мягких, ненасильственных мануальных приемов. Прилагаемое усилие, как правило, не превышает 5 граммов, что особенно важно при работе с детьми. Хорошо подготовленный специалист с тонкими осязательно-пальпаторными способностями без особого напряжения может почувствовать изменения кранио-сакрального ритма и определить, казалось бы, совсем незначительные отклонения, а затем легкими и мягкими движениями осуществить необходимую коррекцию, что незамедлительно благоприятно сказывается на состоянии больного, у которого регрессирует не только базисный симптом (синдром), по поводу которого он обратился, но и по типу сцепления функций многие другие отклонения. Исключительно благодарной является КСТ

у новорожденных, у которых мануальными методами можно устранять натальные повреждения и формировать череп, приближая его форму к идеальной — такой, которая обеспечивала бы оптимальную функцию церебральных структур [6, 11, 20].

Совершенно очевидно, что существующие представления о клинике и патогенезе, морфофункциональной основе классических вариантов ЗЧМТ, принципах лечения больных и вторичной профилактики нуждаются в существенном дополнении с учетом физиологии и патологии КСС. Очевидно и другое — что специалистам в области остеопатической краниологии без данных современной клинической нейрофизиологии и нейротравматологии нередко невозможно разобраться в механизмах эффектов КСТ. У них создается, таким образом, ситуация по типу системы с "черным ящиком". По существу, идентичная ситуация возникает при мануальной коррекции позвоночника, при которой параллельно наблюдается регресс многих симптомов, которые по существующим представлениям с позвоночником никак не связаны. Такого рода динамику "экстравертебральных" симптомов обычно пытаются объяснить с позиций метамерной организации нервной системы человека, высвобождением сдавленных и раздраженных корешков спинного мозга, других примыкающих к позвоночнику нервных образований, артерий и вен. Вместе с тем, регресс многих упомянутых симптомов все равно остается необъяснимым. Между тем, ответ на возникающие вопросы следует вновь таки искать в особенностях организации КСС, тем более что позвоночник — важное звено этой системы. Нам представляется, что коррекция его, несомненно, способствует улучшению циркуляции спинномозговой жидкости и соответственно кранио-сакрального ритма. При этом возможно улучшение функции анимальных, вегетативных, неспецифических лимбико-ретикулярных структур, расположенных по ходу ликворопроводящих систем, имеющих отношение к регуляции сердечной деятельности, дыхания, цикла сон-бодрствование, функций сенсорных, обменно-эндокринных, нейроиммунологических и других.

Из сказанного становится очевидной необходимость "наведения мостов" между классической неврологией, нейрофизиологией, нейротравматологией, остеопатической краниологией, мануальной медициной в широком ее смысле, преемственность упомянутых наук, совместная научная и практическая работа их представителей. При этом, несомненно, откроются новые возможности для эффективного лечения больных, детей и взрослых, с последствиями ЗЧМТ и других заболеваний, а также для успешной вторичной профилактики.

Литература:

1. *Огулов А. Т.* Висцеральная хиропрактика в старорусской медицине, или Мануальная терапия внутренних органов. — М.: Латард, 1994. — 128 с.
2. *Сперанский В. С.* Основы медицинской краниологии. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
3. *Barral J.-P., Mercier P.* Manipulations Viscerales.— Paris; Maloine; 1983. — 275 p.
4. *Calliet R.* Soft Tissue pain and Disability.— Philadelphia, 1977. — 120 p.
5. *Feely R. A., editor.* Clinical Cranial Osteopathy: Selected Readings. The Cranial Academy; 1988. — 234 p.
6. *Frymann, V. M.* Trauma of Birth. Osteopathic Annals 1976; 4(22): 8—14.
7. *Gehin A.* Atlas of Manipulative Techniques for the Cranium and Face. Seattle: Eastland Press; 1985. — 106 p.
8. *Hallgren R.* Anatomical connection between the rectus capitis posterior muscle and the dura mater. — JAOA 1995; 95(8): 493.
9. *Kostopoulos D., Keramidas G.* Changes in elongation of falx cerebri during craniosacral therapy techniques applied on the skull of an embalmed cadaver. J of Craniomandibular Practice 1992; 10(1 (Jan)): 9—12.
10. *Lewandoski M. A., Drashv E., Moroan M., Zanakis M. F.* Kinematic system demonstrates cranial bone movement about the cranial sutures. JAOA 1995; 95(8). — P. 16—17.
11. *Magoun H. I.* Osteopathy in the cranial field. Cranial Academy; 1976. — 367 p.
12. *Norton J. M., Sibley G., Broder-Oldach R.* Characterization of the Cranial Rhythmic Impulse in Healthy Human Adults. Departments of Physiology and Osteopathic Principles and practice University of New England College of Osteopathic Medicine. Available from: URL: http://www.rscom.com/osteo/journal/ost1_1/vol1_17.htm
13. *Pemler K.* Entwicklung des Suturen und Synchondrosen der Schädelbasis des Kindes bis zum fünften Lebensjahr usw. Inaung. Dis. München, 1970. — 36 s.
14. *Pick M.* A preliminary single case magnetic resonance imaging investigation into maxillary frontal-parietal manipulation and its short-term effect upon the intercranial structures of an adult human brain. J of manipulative and physiological therapeutics 1994; 17(3): 168—173.
15. *Pritchard J. J., Scott J. H., Girgis F. G.* The structure and development of cranial and facial sutures. J Anat 1956; 90: 73—86.
16. *Sutherland W. G.* The Cranial Bowl. — JAOA, 1948; 43(April): 348—353.
17. *Upledger J. E., Vredevood J. D.* Craniosacral therapy. Chicago: Eastland Press, 1983. — 269 p.
18. *Upledger J. E.* Craniosacral Therapy and Somatoemotional Release. 2nd Edition. Published by North Atlantic Books, 1997. — 163 p.
19. *Ward R. C., editor.* Foundations for osteopathic medicine. American Osteopathic Association: Williams & Wilkins, 1997. — 1162 p.
20. *Woods C.* Structural Normalization in Infants and Children. — JAOA 1973; 72(May): 903—908.

THE CONSEQUENCES OF CLOSED CRANIOCEREBRAL TRAUMAS AND PATHOLOGY OF CRANIOSACRAL SYSTEM

Shogam I. I., Poposkun A. A.

Medical center "Medi-Car", *Karmiel, Israel*
Regional territorial medical association, *Lugansk area, Starobelsk, Ukraine*

The detailed morphofunctional characteristic of so-called craniosacral system, reflecting one of priority directions of modern osteopathy is represented in the article. The mechanisms of high efficiency of treatment of the adults and children by methods of manual correction of the craniosacral system (craniosacral therapy) at brain traumas and other pathology, especially in cases, when the long application of well known traditional methods was unsuccessful were conceptually are discussed in particular. The perspective of the constitution of links between conventional medicine, cranial osteopathy and manual medicine is shown in the published work in a broad sense.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПАРАТА "ДОППЕЛЬГЕРЦ" В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННЫХ АСТЕНИЙ

Н. А. Марута

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

В структуре психических расстройств в настоящее время отмечается неуклонный рост непсихотических психических расстройств, среди которых преобладают неврозы [6, 8].

В условиях современного патоморфоза в структуре невротических расстройств все чаще встречаются астенические проявления, которые характеризуют все стадии патологического процесса [1, 3].

В исследованиях последнего периода установлено, что астенические расстройства различной степени выраженности регистрируются у 87—98 % больных психогениями [5, 7].

В то же время показано, что в связи с расширением спектра астенизирующих влияний в современных условиях клинические проявления астении в структуре психогений характеризуются усложнением соматовегетативного и психопатологического ее компонентов [2].

При изучении механизмов формирования психогенной астении отмечается нарушение деятельности регуляторных функций на уровне неспецифических систем головного мозга [3, 8].

Выполненные исследования показывают, что в патогенезе астенических проявлений основное место принадлежит разнообразным по качеству и степени выраженности нарушениям клеточного и гуморального звеньев системы иммунитета [11].

Ситуация усложняется под влиянием радиационных факторов, действие которых проявляется на территории Украины в результате последствий Чернобыльской катастрофы [10].

В этих условиях представляется целесообразным использование в терапии психогенных астений энерготоника Доппельгерц фирмы Queisser, компонентами которого являются наборы витаминов, микроэлементов, солей металлов, органических веществ, настоев и масел лекарственных трав. Препарат содержит более 250 биологически активных субстанций: терпеноидов, флавоноидов, горечей, полисахаридов, дубильных веществ, сапонинов, пектинов, фитонцидов и многих других, обуславливающих многообразие фармакологических эффектов, наиболее выраженными среди которых являются тонизирующий, кардиотонический, антиоксидантный, иммуномодулирующий, радиозащитный.

С целью оценки эффективности препарат Доппельгерц применялся для лечения больных неврастенией (68 человек). В ходе исследования все больные были разделены на две группы: основную — 35 человек и контрольную — 33 человека. В комплексную терапию больных основной группы входил препарат Доппельгерц, больные контрольной группы в комплексном лечении препарата Доппельгерц не получали.

Больные принимали препарат по 20 мл трижды в день перед едой в течение 20 дней.

Для оценки эффективности лечения нами применялись следующие методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и иммунологический.

Клинико-психопатологический метод включал анализ соматического, неврологического и психического состояния больного и его динамику под влиянием лечения.

Экспериментально-психологическое исследование проводилось с помощью методик САН (в модификации В. А. Доскина, Н. А. Лаврентьевой, 1975), корректурной пробы (B. Bourdon, 1895), исследования оперативной памяти (Л. А. Мучник, В. М. Смирнов, 1969) [4].

Иммунологические методы обследования включали в себя изучение сывороточных иммуноглобулинов A, G, M по методу Манчини (1971).

Давая общую характеристику обследованных больных, необходимо отметить, что в обеих группах среди обследованных преобладали женщины (77 % и 75 % соответственно), возраст которых находился в пределах от 27 до 42 лет.

Изучение анамнеза болезни свидетельствовало о том, что астенические расстройства у обследованных развивались на фоне наследственной отягощенности патохарактерологическими чертами у близких родственников (48,5 % и 51,5 % в группах), соматических заболеваний в роду (82,8 % и 69,6 %), инфекций и интоксикаций (31,4 % и 39,4 %), черепно-мозговых травм (25,7 % и 21,2 %).

Начало заболевания в обеих группах было непосредственно связано с психической травмой. Наиболее часто в качестве факторов психической травматизации отмечались гиперфатигация (51,4 % и 45,4 %), производственные конфликты (48,5 % и 45,4 %), длительная болезнь или утрата близких (34,3 % и 30,3 %).

Среди обследованных преобладали больные, у которых длительность заболевания превышала два года. Их число соответственно по группам составляло 68,6 % и 69,7 %.

При анализе ведущих психопатологических синдромов мы отметили наличие астено-агрипнического у 25,7 % больных основной и у 21,2 % больных контрольной группы, астено-депрессивного — у 34,3 % и 36,4 %, астено-ипохондрического — 22,9 % и 30,3 %, тревожно-депрессивного — 17,1 % и 12,1 % (соответственно по группам).

Изучая динамику основных клинико-психопатологических проявлений у больных основной группы (получавших Доппельгерц), в ходе лечения мы отметили регресс астенических расстройств. Так, уже к 5-му дню лечения у 82,9 % больных отмечалось

обратное развитие основных проявлений астенического симптомокомплекса в виде исчезновения слабости, вялости, повышенной утомляемости.

К 8—10 дню лечения у 34,3 % больных отмечалось значительное улучшение и восстановление сна (удлинялась его продолжительность, сокращалось засыпание, сон становился более глубоким).

К 12 дню у 85,7 % больных отмечалось обратное развитие соматических проявлений астении в виде нормализации артериального давления, исчезновения головных болей, гипергидроза, болей и неприятных ощущений в области сердца.

У больных контрольной группы в ходе лечения отмечалась аналогичная направленность сдвигов основных психопатологических симптомов, однако темпы их обратного развития были замедленными по сравнению с основной группой.

Регресс основных астенических проявлений у 75,8 % больных отмечался к 8 дню лечения. Обратное развитие агрипнических нарушений у 27,3 % наблюдалось к 12—13 дням лечения, а соматических проявлений астении — у 84,8 % больных только к 18 дню.

Большое значение для объективизации эффективности терапии в обеих группах обследованных имели результаты экспериментально-психологического исследования.

Данные теста "САН" свидетельствовали о том, что под влиянием терапии в основной группе отмечалось повышение показателей самочувствия (с 4,8±0,2 до 6,3±0,3; $p<0,01$), активности (с 4,1±0,2 до 6,1±0,2; $p<0.05$) и настроения (с 4,7±0,2 до 6,1±0,2; $p<0.05$). В контрольной группе больных динамика изучаемых показателей была менее выраженной и составляла в возрастании показателей самочувствия (с 4,9±0,3 до 61,±0,2; $p<0.05$), активности (с 4,2±0,2 до 5,3±0,2; $p<0,1$) и настроения (с 4,8±0,2 до 5,6±0,2; $p<0,1$).

Под влиянием лечения у больных основной группы отмечались достоверные изменения объективных показателей утомляемости, стойкости внимания и способности оперативного запоминания. Об этом свидетельствовали показатели количества ошибок (до лечения — 26,3±2,1 усл. ед., после лечения — 13,3±2,0 усл. ед.) и темпа выполнения задания (до лечения — 12,5±0,9 мин, после лечения — 7,51±0,8 мин.), которые в конце лечения нормализовались. У больных контрольной группы такой нормализации не отмечалось.

Динамика иммунологических показателей у больных основной группы в ходе лечения свидетельствовала об иммуностимулирующем действии препарата Доппельгерц на гуморальное звено иммунитета. В этой группе отмечалось достоверное возрастание сывороточных ИГ А (с 1,6±0,1 г/л до 2,7±0,2 г/л), ИГ G (с 9,3±0,5 г/л до 14,5±0,1 г/л), а также ИГ М (с 1,5±0,8 г/л до 2,0±0,12 г/л). У больных контрольной группы эти изменения были менее выраженными.

В целом анализ результатов исследований показал, что в основной группе больных к 20 дню лечения выздоровление регистрировалось у 68,6 % больных, значительное улучшение у 17,1 %, улучшение — у 8,6 %, динамика отсутствовала в 5,7 % случаев.

У больных контрольной группы терапевтический эффект был несколько отсроченным и отмечался к 25—26 дню лечения. При этом выздоровление регистрировалось у 54,5 % больных, значительное улучшение — у 18,2 %, улучшение — у 18,2 %, динамика отсутствовала в 9,1 % случаев.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что энерготоник Доппельгерц является эффективным средством лечения астенических расстройств психогенного генеза, в механизмах действия которого сочетается активирующее, тонизирующее и иммуностимулирующее действие.

Литература:

1. *Абабков В. А., Исурина Г. Л.* О некоторых психологических аспектах патоморфоза неврозов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — С.-Пб., 1992 (1). — С. 82—84.
2. *Айрапетянц М. Г., Вейн А. М.* Неврозы в эксперименте и в клинике.— М.: Наука.— 1987.— С. 136—139.
3. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства.— М.: Медицина, 1993.— 400 с.
4. *Бурлачук Л. Ф., Морозов Г. Н.* Психодиагностика личности.— Киев: Здоров'я, 1989.— 165 с.
5. *Вовк І. А.* Оцінка ефективності адаптогену природного походження при лікуванні хворих з астенічним синдромом при неврастенії та шизофренії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харків, 1997.— 19 с.
6. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
7. *Ласков Б. И., Лобзин В. С., Липгарт Н. К., Солодовников И. Д.* Физиогенные и психогенные астении. — Курск, 1981.— 152 с.
8. *Марута Н. А.* Особенности эмоциональных нарушений у больных неврозами // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1992. — Т. 92.— № 5—12. — С. 81—85.
9. *Михайлов Б. В.* Массовые нарушения психической сферы у населения // Український вісник психоневрології. — Харків, 1995.— Т. 3, вип. 1.— С. 24—25.
10. *Напреенко А. К., Логановский К. Н.* Экологическая психиатрия.— Киев: Полиграфкнига, 1997.— 95 с.
11. *Чугунов В. С.* Современные подходы к организации комплексного лечения больных неврозами // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 1990.— Т. 90. — № 5.— С. 116—120.

THERAPEUTIC OPPORTUNITIES OF A PREPARATION "DOPPEL HERZ" IN TREATMENT OF PSYCHOGENIC ASTHENIAS

N. A. Maruta

Ukrainian SRI of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

The analysis of "Doppel herz" effectiveness was carried out on 68 patients with psychogenic asthenia (neurasthenia). The results of carrying out research affirms that "Doppel herz" is the effective remedy of treatment the psychogenic asthenia. It was shown that resulting effect of "Doppel herz" consists of activation, tonixation and immunostimulation action.

АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ФАРМАЦИИ: ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОПОТЕНЦИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ АНАЛЬГИНА И СИБАЗОНА В СОСТАВЕ НОВОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА "ДИНАЛЬГИН" ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПРЕПАРАТУ

В. В. Шаповалов

Следственное управление УМВД Украины в Харьковской области, кафедра судебной фармации Украинской фармацевтической академии
г. Харьков

В последние годы проблемы, связанные с заболеваниями наркомании, токсикомании, СПИДа и злоупотреблением сильнодействующих, ядовитых, психотропных, наркотических, одурманивающих лекарственных средств для населения Украины приобретают угрожающий характер. Это не только тяжкие заболевания, но и особенно опасное социальное явление, которое быстрыми темпами распространяется в мире.

Общеизвестно, что злоупотребление наркотическими средствами и психотропными веществами подрывает здоровье людей, делает их нетрудоспособными, приводит к нарушению общественных и семейных связей, а также вызывает деградацию человека как личности, утрату социальной ценности человека, нередко приводя правонарушителей на скамью подсудимых, а порой и к несвоевременной смерти [1, 10, 11].

Токсикомания бензодиазепинами (сибазон, диазепам, алпразолам, галазепам, клобазам, нитразепам, феназепам, хлодиазепоксид и другие препараты) достаточно известна во всем мире. Пристрастие к ним не влечёт за собой таких небезопасных последствий, как, например, к барбитуратам, поскольку их употребление даже в больших дозах не приводят к тяжелым соматическим нарушениям. В первую очередь возникает психическая зависимость и постепенно появляется толерантность. При этом наблюдается существенная закономерность — чем сильнее бензодиазепин, тем медленнее появляется толерантность и наоборот. Например, если при применении хлордиазепоксида толерантность к нему появляется уже в течение 1-го месяца, то при применении феназепама — в течение 3-го. Первые проявления зависимости — это нарушения циркадных ритмов (больной просыпается среди ночи и дальше уже не может заснуть). Физическая зависимость развивается позднее и мало выражена. Эти препараты вызывают слабость, релаксацию, потерю сознания. Абстинентные проявления наблюдаются в виде бессонницы, мышечной слабости, анорексии, дисфории. Могут наблюдаться судорожные припадки [8, 9].

Научно-методическая работа по анализу следственно-оперативной и судебно-фармацевтической практики показала необходимость разработки и внедрения в промышленное производство, клиническую и лечебную практику нового лекарственного препарата на основе жизненно необходимых монокомпонентных лекарственных средств, которые не только часто применяются в лечебных целях, но и часто фигурируют в качестве объектов — вещественных доказательств по расследуемым уголовным делам, связанным с признаками статей 70^1, 208^2, 228^2, 229—229^{20} Уголовного кодекса Украины.

Все вышеизложенное побудило автора статьи принять участие в создании лекарственного препарата, который отвечал бы многим современным требованиям:

— невозможность злоупотребления при его законном обороте;

— предупреждение правонарушений при его законном обороте (производстве, учете, хранении, изучении, исследовании, употреблении, перевозке, пересылке, отпуске, продаже и т. п.);

— доступность лечебным учреждениям;

— экономичность и дешевизна.

На основании результатов судебной химико-фармацевтической экспертизы были предприняты попытки по разработке препарата динальгин, в состав которого входят такие известные фармакологические субстанции, как сибазон (психотропное вещество, находящееся под контролем Комитета по контролю за наркотиками) и анальгин (сильнодействующее вещество, не находящееся под контролем Комитета по контролю за наркотиками) [12, 14, 15]. Ранее [13] нами было установлено, что комбинированный препарат динальгин проявляет более выраженное анальгетическое действие, чем монокомпонентный препарат сравнения — анальгин. Последнее обусловлено наличием в составе комбинированного препарата динальгин сибазона, который потенцирует анальгетические свойства другого компонента препарата — анальгина. В связи с этим перед авторами была поставлена задача: изучить возможность потенцирующего действия анальгина на основные фармакологические эффекты сибазона, а также исследовать возникновение возможной толерантности к динальгину при его многократном введении [5—7].

Транквилизирующее действие динальгина определялось по сумме специфических эффектов, характерных для транквилизаторов — производных бензодиазепина, каковым является входящий в состав динальгина сибазон [2, 4]. В первую очередь это относится к *анксиолитической активности*, что в экспериментальных исследованиях тестируется в методике "конфликтной ситуации", а также агрессивного поведения животных. Кроме того, для транквили-

лизаторов характерно седативное, противосудорожное и, в большинстве случаев, миорелаксирующее влияние. Совокупность указанных нейрофармакологических свойств динальгина изучалась в сопоставлении с аналогичными эффектами монокомпонентного препарата сибазон в эквивалентных дозах. Динальгин вводился внутрибрюшинно в дозе 120 мг/кг, т. е. 1/10 от $ЛД_{50}$. В этой дозе динальгина доза сибазона составляла 1 мг/кг, анальгина — 119 мг/кг.

Анксиолитическое действие динальгина исследовалось в эксперименте на белых крысах массой 120—200 г (n=6). Динальгин вводился внутрибрюшинно в дозе 120 мг/кг (1 мг/кг в пересчете на сибазон). Сибазон (препарат сравнения) в дозе 1 мг/кг вводился также внутрибрюшинно. В обеих сериях опытов указанные препараты вводились за 30 минут до тестирования. При этом в методике "конфликтной" ситуации учитывалось количество подходов к поилке и количество наказуемых взятий воды за период в 15 минут эксперимента. Результаты исследований приведены в табл. 1 и на рис. 1, 2.

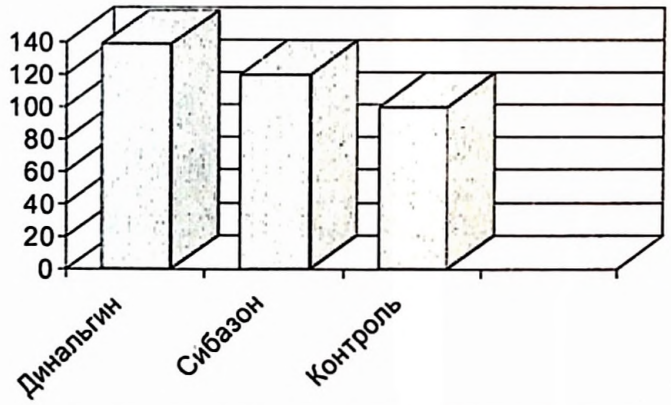
Таблица 1

Влияние динальгина на поведение животных в условиях "конфликтной" ситуации

Исследуемое вещество	Число подходов к поилке		Число наказуемых взятий воды	
	контроль	опыт	контроль	опыт
Динальгин	16,1 ± 3,1	22,4±3,6	13,5 ± 3,4	32,7±4,9*
Сибазон (препарат сравнения)	15,3 ± 3,2	18,4±3,8	9,6 ± 2,9	19,7±3,1*

Примечание. * — Различия достоверны по отношению к контролю.

Рис. 1. **Количество подходов животных к поилке (в %) в условиях "конфликтной" ситуации**



Антиагрессивное действие динальгина изучалось в эксперименте на белых крысах массой 160—180 г (n=5). Динальгин в дозе 120 мг/кг и препарат сравнения сибазон в дозе 1 мг/кг вводились внутрибрюшинно за 30 минут до тестирования. Агрессивное поведение (драки) пар крыс вызывались электроболевым раздражением (20—30 вольт), которое подавалось на электродный пол. При этом учитывалось количество драк за период в 2 минуты наблюдения. Результаты исследований представлены в табл. 2 и на рис. 3.

Таблица 2

Влияние динальгина на агрессивное поведение животных, спровоцированное электроболевым раздражением

Исследуемые препараты	Количество драк за 2 мин	
	Контроль	Опыт
Динальгин	10,4 ± 1,0	5,6 ± 1,5*
Сибазон	10,3 ± 0,3	6,5 ± 1,6*

Примечание. * — Различия достоверны по отношению к контролю.

Толерантность к действию динальгина, как признак возможного развития патологического пристрастия к препарату изучалась по седативному эффекту динальгина, а именно его потенцирующего действия на снотворное влияние тиопентала натрия [3]. Экспериментальным критерием для этих исследований было выбрано гипногенное действие динальгина, т. к. именно к гипногенным препаратам в клинических условиях возможно развитие патологической зависимости. Опыты проведены на белых мышах массой 20—23 г (n=10). Динальгин вводился дважды в день (в 10^{00} и 16^{00}) внутрибрюшинно по 120 мг/кг. Всего осуществлено 10-кратное введение. В день опыта (тестирования) динальгин вводился внутрибрюшинно в дозе 120 мг/кг за 30 минут до внутрибрюшинного введения допороговой снотворной дозы тиопентала натрия, т. е. 20 мг/кг. Результаты изучения развития возможной толерантности к динальгину представлены в табл. 3.

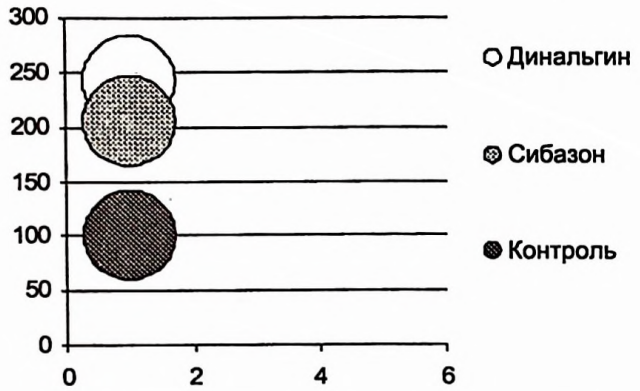
Полученные экспериментальные данные обрабатывались параметрическими и непараметрическими методами вариационной статистики [2].

Результаты исследования анксиолитической активности комбинированного препарата динальгин представлены в табл. 1, рис 1, 2. Как видно, методика "конфликтной" ситуации тестируется по 2 позициям: по количеству подходов животных к поилке (рис. 1) и по количеству наказуемых взятий воды животными (рис. 2).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что динальгин и сибазон повышают количество подходов животных к воде в условиях "конфликтной" ситуации: препарат сравнения (сибазон) — на 20 %, а исследуемый препарат (динальгин) — на 39 % больше в сравнении с контролем (рис. 1).

При этом количество наказуемых взятий воды на 142 % больше в группе животных, получавших исследуемый препарат динальгин и на 105 % больше в группе животных, получавших препарат сравнения сибазон по отношению к контрольной группе животных соответственно (рис. 2).

Рис. 2. **Количество наказуемых взятий воды (в %) животными в условиях "конфликтной" ситуации**



Следует подчеркнуть, что при действии динальгина в условиях эксперимента, крысы подходят к поилке, пьют воду до насыщения, не отходя от источника воды, несмотря на продолжающееся электроболевое раздражение. Возможно, что это связано с тремя обстоятельствами:

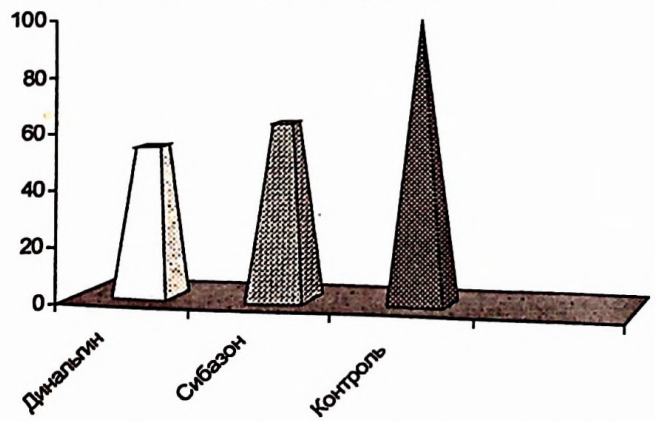
а) сибазон, входящий в состав динальгина, оказывает собственное анксиолитическое действие;

б) анальгин, входящий в состав динальгина, оказывает анальгетическое действие и повышает порог болевого восприятия;

в) не исключены также взаимопотенцирование анксиолитического действия сибазона и анальгетического действия анальгина, которые являются составными ингредиентами исследуемого препарата динальгин.

Результаты изучения влияния комбинированного препарата динальгин на агрессивное поведение животных, представленные в табл. 2 и на рис. 3, показывают, что динальгин оказывает антиагрессивное действие, которое несколько превосходит аналогичный эффект монокомпонентного препарата сравнения — сибазон. При этом, если количество драк, проводимых животными в контрольной группе составило 100%, в группе животных, получавших сибазон — 63,1%, то в группе животных, получавших динальгин — 53,8%. Таким образом, антиагрессивные свойства исследуемого препарата динальгин выражены на 9,3% больше, чем у препарата сравнения — сибазон и на 46,2% больше в сравнении с контролем (рис. 3).

Рис. 3. **Количество драк, проводимых животными в эксперименте (в %)**



Следовательно, проведённые исследования подтверждают тот факт, что исследуемый препарат динальгин обладает транквилизирующим влиянием.

Исследование возможного развития *толерантности* к действию динальгина показало, что согласно многочисленным наблюдениям бонзодиазепины, как и другие гипноседативные средства, при их длительном применении могут вызывать развитие толерантности (привыкание), которая может быть одним из этапов формирования психической и физической зависимости. Несмотря на то, что в составе динальгина содержится в 2,5 раза меньше диазепама (в данном случае следует указать, что уголовная ответственность за незаконное хранение сибазона без цели сбыта начинается с веса равного 0,01 грамма (г) сухого вещества), чем в официальном препарате сибазона (0,01 г), мы сочли необходимым изучить возможное развитие толерантности к динальгину при его многократном введении.

Результаты изучения возможного развития толерантности к исследуемому препарату динальгин свидетельствуют о том, что 10-кратное введение динальгина не приводило к развитию толерантности к препарату по критерию потенцирования тиопенталового сна (табл. 3).

Таблица 3

Развитие толерантности к препарату динальгин

Условия опыта	Количество уснувших животных	% уснувших животных
Тиопентал натрия 20 мг/кг (контроль)	1/10	10
Динальгин (120 мг/кг) однократно + тиопентал натрия 20 мг/кг	5/10	50*
Динальгин (120 мг/кг) 10-кратное введение + тиопентал натрия 20 мг/кг	2/9	20

Примечание. * — Различия достоверны по отношению к контролю.

Таким образом, анксиолитическая активность комбинированного препарата динальгин подтверждается тем, что динальгин оказывает антиконфликтное действие в условиях методики конфликтной ситуации и антиагрессивное влияние, устраняя у животных спровоцированную электроболевым раздражением агрессивность. При этом следует отметить, что анксиолитическое действие комбинированного препарата динальгин более выражено, чем у монокомпонентного препарата сравнения — сибазон. По-видимому, это обусловлено тем, что анальгин в составе динальгина оказывает потенцирующее действие на эффекты сибазона. С другой стороны, анальгин, входящий в состав динальгина, оказывает более выраженное анальгетическое действие и повышает порог болевого восприятия, что свидетельствует в пользу потенцирующего влияния на эффекты анальгина со стороны сибазона.

Выводы:

1. Динальгин обладает выраженным транквилизирующим влиянием, оказывая анксиолитическое действие, превышающее таковое у препарата сравнения — сибазон.

2. Показано, что анальгин в составе динальгина потенцирует анксиолитическую активность сибазона и вместе с этим повышает порог болевого восприятия.

3. Многократное введение динальгина в условиях эксперимента не приводит к развитию толерантности к препарату.

Литература:

1. Аспекты расследования преступлений, связанных с наркобизнесом / Н. М. Халин, В. В. Шаповалов, С. В. Щербаков, В. А. Шаповалова и др. // В сб. науч.-практ. материалов: "Актуальные вопросы судебной экспертизы и криминалистики на современном этапе судебно-правовой реформы". — Харьков: Право, 1998.— С. 284—285.

2. *Беленький М. Л.* Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. — Ленинград, 1963.— 162 с.

3. *Воронина Т. А.* Фармакология гидазепама // Кн. Гидазепам. — Киев: Наукова думка, 1992. — С. 63 — 75.

4. *Гацура В. В.* Методы первичного фармакологического исследования биологически активных веществ. — М.: Медицина, 1974. — 143 с.

5. *Георги Д. Арнаудов.* Лекарственная терапия / Пер. под ред. А. П. Кудрина. — София: Медицина и физкультура, 1978. — 1167 с.

6. *Громов Л. А.* Нейропептиды. — Киев: Здоров'я, 1992. — 248 с.

7. *Губский Ю. И., Шаповалова В. А., Кутько И. И., Шаповалов В. В.* Лекарственные средства в психофармакологии / Под ред. Ю. И. Губского, В. А. Шаповаловой.— Киев: Здоров'я, Харьков: Торсинг, 1997. — 288 с.

8. *Кузнецов В. М., Чернявський В. М.* Психіатрія. — Київ: Здоров'я, 1993. — 344 с.

9. Судебная фармация — связующее звено между судебной наркологией, психиатрией, психологией и судебной медициной // Шаповалова В. А., Кутько И. И., Шаповалов В. В., Черных В. П. и др./ В сб. науч. работ "История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии". — Харьков, 1996.— Т. 3.— С. 384—385.

10. *Шаповалова В. О., Шаповалов В. В., Михайлов В. С., Кравчина Т. С.* Лікарські засоби як об'єкти дослідження судової хіміко-фармацевтичної експертизи. — Там же. — С. 156—158.

11. *Шаповалова В. А., Шаповалов В. В.* Справочник по правовой и судебной фармации.— Харьков: Торсинг, 1997. — 656 с.

12. *Шаповалова В. А., Тараховский М. Л.* Создание новых детских лекарственных форм на основе известных фармакологических субстанций // Фармаком. — 1994.— № 10—11.— С. 37—40.

13. *Шаповалова В. А., Вырва Е. Е., Шаповалов В. В., Мулашева Л. А.* Клинико-фармацевтическая характеристика некоторых лекарственных средств, применяемых при малых гинекологических операциях.— Харьков, 1997.— 15 с. — Деп. в ГНТБ Украины 9.09.97, № 541.

14. *Шаповалова В. О.* Аналіз, уніфікація та перспективи створення нових вітчизняних препаратів в галузі психофармакології // Фармац. журн. — 1997.— № 1.— С. 112—166.

15. *Шаповалов В. В.* Конструирование новых лекарственных средств на основе известных фармакологических субстанций / Мат. V Российского национального конгресса "Человек и лекарство", 21—25 апреля 1998 г. — Москва, 1998.— С. 636.

ASPECTS OF JUDICIAL PHARMACY: STUDING INTRACTION OF ANALGIN AND SIBAZONUM IN STRUCTURE OF A NEW MEDICINAL AGENT "DINALGIN" AT RESEARCH OF AN OPPORTUNITY OF DEVELOPMENT OF TOLERANCE TO PREPARATION

V. V. Shapovalov

Investigative management UMIB of Ukraine in Kharkiv area, faculty of judicial pharmacy of Ukrainian Pharmaceutical Academy

Kharkiv

Dinalgin has expressed tranquilizative influence, rendering anxiolitic operation exceeding that preparation of comparison — sibazon. Is shown that analgin in structure of dinalgin exponentiates anxiolitic activity of sibazon and together with it increases a threshold of a pain perception. The repeated introduction of dinalgin in conditions of experiment doesn't result in development of a tolerance to a preparation.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЛОНГОВАНОГО КАРБАМАЗЕПІНУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЕНДОГЕННИХ ТА ОРГАНІЧИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Л. В. Слюсарева, І. К. Сосін, І. А. Марценковський

Харківський інститут удосконалення лікарів
Київська медична академія післядипломної освіти
м. Харків, м. Київ

Карбамазепін широко застосовується у психіатрії як один із визнаних тимоізолептичних препаратів [1]. Доцільним є застосування цього препарату для лікування депресій у хворих із ознаками органічного ушкодження мозку. Самостійно або у комбінації з літієм карбамазепін застосовується як засіб вторинної профілактики психотичних афективних та шизоафективних розладів [2—5], у комбінації з галоперідолом та літієм — у терапії маніакальних станів. J. P. Ballenger та R. M. Post [6—7] описали і поширили теоретичну модель амігдалярного кіндлінга ("запалювання"), що спостерігали під час розвитку експериментального судомного синдрому на виникнення афективних та поведінкових розладів. Феномен "запалювання" полягає у тому, що у людей з резидуально-органічною недостатністю мозку тривало діючі неспецифічні стресові, екзогенно-органічні, соматичні (що стають причиною астенізації) подразники викликають спонукання лімбічних структур мигдалеподібного комплексу мозку, виснажують інгібуючий потенціал ГАМК-ергічної системи, підвищують судомну готовність мозку. З урахуванням вказівок на локалізацію корелюючих із виникненням поведінкових і психічних розладів вогнищ епілептиформного збудження у скроневих чи лімбічних структурах мозку застосування протисудомних препаратів, насамперед карбамазепіна, що діє на ці структури, виглядає досить переконливо. Незважаючи на значні теоретичні передумови, спектр психотропної дії карбамазепіна, у першу чергу його пролонгованих форм, залишається не визначеним. Психотропна дія фінлепсину поряд із активним впливом на провідні нейромедіаторні системи обумовлена впливом на бензодіазепінові та опіатні рецептори з пригніченням активації аденілатциклази (циклічного аденозину) та гуанізинмонофосфату, що вимагає підвищеної відповідальності та уваги лікаря, що використовує їх протягом тривалого часу у комплексній терапії ендогенних та органічних психічних розладів [1].

Для вирішення поставлених задач проводилися клінічні дослідження, об'єктом яких були 179 хворих із психозами і непсихотичними станами, що проходили стаціонарне лікування у психіатричній лікарні.

Основними параметрами для проведення програмних психофармакотерапевтичних досліджень були наступні нозологічні одиниці (згідно з критеріями міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм та причин смерті 9-го перегляду та класифікації DSM-III-R).

1. Шизофренія шубоподібна прогредієнтна або шизофренія параноїдна з гострою екзацербацією: 30 хворих основної групи та 25 — контрольної.

2. Шизофренія шубоподібна шизоафективна або шизоафективний розлад: 21 хворий основної групи та 19 — контрольної.

3. Циклотимія, монополярний тип перебігу, депресивна фаза або дистимія первинного типу: 18 хворих основної групи та 18 — контрольної.

4. Епілепсія без проявів психоза або недоумства: 15 хворих основної групи та 12 — контрольної.

5. Наслідки органічного ушкодження мозку із неврозоподібними розладами внаслідок черепно-мозкової травми і нейроінфекції або органічний особистісний розлад: 12 хворих основної групи та 9 — контрольної.

Два типи шизофренії із приступоподібним прогредієнтним перебігом ми відокремлювали відповідно до критеріїв Р. А. Наджарова (1983).

Синдромологічна характеристика психотичних і непсихотичних розладів проводилася із використанням глосарія психопатологічних синдромів та станів [8]. Усі хворі отримували індивідуально-адекватну психофармакологічну терапію [9], яка відповідала нозологічній належності та структурі провідного психопатологічного синдрому.

У хворих з "маскованими" депресіями характер соматоформного фасаду оцінювався відповідно рубрикам DSM-III-R, що прийняті для збірної групи соматизованих розладів 300.81.

Відповідно із сучасними вимогами до апробації психофармакологічних середників, пацієнтів було розподілено на 2 групи. Перша — основна група (96 досліджених), хворим якої призначався препарат фінлепсин-ретард фірми ASTA MEDICA у дозі 0,2 г у вигляді однієї пігулки антиконвульсанта фінлепсин-200-ретард. Препарат призначали один раз на добу о 9.30. Друга — контрольна група (83 досліджених), хворим якої призначалася плацебо-терапія у вигляді зовнішньо схожої пігулки, що не мала психотропної активності. Процедура відбувалася у той же час. Хворий отримував 1 пігулку на добу з аналогічною інструкцією. Пацієнти не знали, що саме вони отримують: фінлепсин-200-ретард або плацебо-препарат.

Склад основної та контрольної груп був схожим за наступними критеріями стандартизації: нозологічна належність, провідний психопатологічний синдром, стать.

Протягом усього курсу лікування кожний хворий перебував під наглядом психіатра. Якісна та кількісна фіксація зміни стану хворих проводилася 5 разів з інтервалом 5 діб: перед початком терапії, через 5, 10, 15, 20 діб після призначення фінлепсин-ретарду для основної та плацебо-середника — для контрольної груп. Таким чином загальна тривалість спостереження складала 20 діб.

Динаміка клінічного стану пацієнта вивчалась із використанням двох методів: 1) клініко-психопатологічного — докладної описувальної якісної характеристики змін психічного стану і психотичної симптоматики; 2) психофармакотерапевтичного метода, що включав клініко-статистичне дослідження з оцінкою вираженості симптоматики в умовних балах по градуйованим шкалам; докладну реєстрацію, опис та кількісну оцінку в умовних балах побічних явищ та ускладнень, якісну та кількісну оцінку в умовних балах ефективності застосування препарата.

Кількісна оцінка вираженості психотичної симптоматики у хворих з прогредієнтною і шизоафективною шубоподібною шизофренією проводилася відповідно з методичними рекомендаціями Г. Я. Авруцкого і С. Г. Зайцева [9] в умовних балах за 4-бальною шкалою. Клініко-статистична оцінка непсихотичних розладів при циклотимії, епілепсії та наслідках органічного ушкодження мозку проводилась за 4-бальною шкалою Ю. А. Александровського [10]. Обробка клініко-статистичних даних здійснювалась відповідно з методологією математичного моделювання результатів психофармакотерапевтичного дослідження [11].

У кожній групі оцінювався зсув вираженості окремих симптомів за період лікування у порівнянні з початком курсу терапії і 20-ю добою лікування. Дані відображали сумарний зсув симптоматики в умовних балах. Максимальному зсуву симптома привласновалася рангова оцінка 12 балів. Після цього для кожного симптома здійснювалася відсоткова (по відношенню до сумарного зсуву) і рангова (по відношенню до симптому з максимальним зсувом) оцінка зсуву його вираженості.

Статистична обробка результатів психофармакотерапевтичних досліджень проводилася із використанням метода Ст'юдента [11]. Порівняння проводилося з аналогічними показниками значення симптому в контрольній групі. Розрахунки проводились на електронно-обчислювальній машині IBM PC із процесором AT 386, з тактовою частотою 33 мГц, об'ємом оперативної пам'яті 4 Мбайт, об'ємом пам'яті жорсткого накопичувача 220 Мбайт. Використовувалося програмне забезпечення у вигляді "Пакету статистичної обробки універсального PSOU" версія 1 V.1.1., який був розроблений у 1994 р. фахівцями малого підприємства "Психологічний центр — Катарсіс" при Луганському державному педагогічному університеті.

Результати досліджень і їх обговорення.

1. *Вплив фінлепсин-ретарду на динаміку приступів шубоподібної прогредієнтної шизофренії.*

У хворих із гострою екзацербацією підгострої шизофренії параноїдного типу додання до фонової терапії в основній групі фінлепсин-ретарду прискорювало зворотній розвиток таких афективних розладів, як пригнічений або підвищений настрій, гнівливість, злостивість. Таким чином, філепсин-ретард був ефективним у лікуванні тривожно-дисфоричних депресивних проявів. У сполученні з галоперідолом і літієм фінлепсин прискорював зворотній розвиток атипових маніакальних проявів. Одночасно, поряд із більш швидким (10—15 доба) зворотнім розвитком афективних синдромів, прискорювалася редукція тісно пов'язаних з ними компонентів чуттєвого та образного маячення. На 15-у добу лікування під впливом антиконвульсанта в основній групі відбувалося більш виражене зниження афективної насиченості та особистісної дезактуалізації маячних ідей, на 20-у добу хворі ніби-то "дистанціювалися" від маячних ідей, легше піддавалися вербальній корекції. До цього часу в основній групі, у порівнянні з контрольною, швидше формувалася критична оцінка психотичної симптоматики, поведінка ставала більш упорядкованою, був вищим загальний рівень соціальної адаптації. Динаміка вираженості симптоматики в основній групі представлена в табл. 1.

Застосування рангового аналізу зсуву вираженості симптомів дозволило констатувати потенціювання фінлепсин-ретардом лікувальної дії індивідуально-адекватної психофармакотерапії на дві групи психопатологічних розладів: 1) тривожні і маніакальні афективні симптомокомплекси — рухове та ідеаторне збудження, недостатній сон, розгальмування потягів, гіперактивність, гіперстенічність, настороженість; 2) чуттєве маячення, актуальність інтерпретативного маячення — ілюзорно-маячне сприйняття, неоформлене маячення, чуттєве або образне маячення, маячні ідеї недоброзичливого ставлення, переслідування, замаху, рівень переконаності у дійсності ідей, маячна активність, зниження критики.

Таблиця 1

Динаміка психопатологічної симптоматики у хворих на шубоподібну прогредієнтну шизофренію основної групи

Симптом	Вираженість симптомів, бали				
	1-й етап лікування	2-й етап лікування	3-й етап лікування	4-й етап лікування	5-й етап лікування
Пригнічений настрій	1,9 ± 0,2	2,0 ± 0,2	1,5 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,8 ± 0,1*
Незадоволення, гнівливість, злостивість	1,3 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,9 ± 0,2	0,6 ± 0,1*	0,6 ± 0,2
Підвищений настрій	0,6 ± 0,2	0,4 ± 0,2*	0,4 ± 0,2*	0,4 ± 0,1*	0,3 ± 0,1*
Зниження критики до стану та усвідомлення хвороби	2,9 ± 0,1	2,8 ± 0,1	2,5 ± 0,1	2,2 ± 0,1	1,8 ± 0,1*
Недоброзичливе ставлення	1,7 ± 0,3	1,5 ± 0,2	1,2 ± 0,2	1,0 ± 0,2*	0,7 ± 0,1*
Підвищення потягів, гіперактивність, гіперстенічність	0,9 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,4 ± 0,1*	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1
Загальна оцінка адаптації	1,8 ± 0,2	1,8 ± 0,2	1,1 ± 0,2*	1,1 ± 0,1*	0,9 ± 0,1*

Примітка. Етапи курсу лікування: 1-й — до початку лікування, 2-й — через 5 діб, 3-й — через 10 діб, 4-й — через 15 діб, 5-й — через 20 діб лікування фінлепсин-ретардом;
* — різниця вираженості симптома в основній та контрольній групах статистично вірогідна.

2. *Дія фінлепсин-ретарду на редукцію нападів шубоподібної шизоафективної шизофренії.*

У хворих на шизоафективний розлад в основній групі додання антиконвульсанта фінлепсин-ретарду дозволило вже на 5-у добу терапії досягнути психомоторної рівноваги хворих на фоні підвищення активності участі останніх у реабілітаційних заходах. На 10-у добу лікування відбувалося більш окреслене у порівнянні з контрольною групою поліпшення настрою, редукція тривоги, розгубленості, гнівливості. Застосовуючи пролонгований фінлепсин у сполуці з галоперідолом у лікуванні хворих з манією, вже на 10-у добу терапії ми спостерігали послаблення хворобливо-підвищеного настрою. На 10-у добу лікування відзначалася дезактуалізація чуттєвого та образного маячення із зниженням маячної активності і редукцією псевдогалюцинозу та психічних автоматизмів. На 15-у добу лікування відбувалося суттєве покращання настрою із редукцією тривоги, розгубленості та гнівливості, спостерігалася дезактуалізація чуттєвого і образного маячення, суттєво знижувалася маячна активність, втрачалася актуальність псевдогалюцинацій та психічних автоматизмів; більш стійкою була активна увага. Пацієнти виявляли зацікавленість навколишнім, були більш комунікабельними, цікавились домашніми проблемами. У цей період хворим вперше надавалися реабілітаційні відпустки додому, де вони активно допомагали у хатній роботі. Нарешті, на 20-у добу лікування в основній групі спостерігалася окреслена редукція депресивної симптоматики із проявами тривоги та розгубленості, манії, гнівливості, відбувалося послаблення ілюзорно-маячного сприйняття з редукцією чуттєвого та образного маячення; відзначалося значне зниження актуальності псевдогалюциноза і психічних автоматизмів разом із появою достатньо високого рівня критичної оцінки психоза. На тлі психомоторного заспокоєння з нормалізацією сна зникала маячна активність, хворі були більш комунікабельні, привітні до близьких, легко приймали участь у культурно-масових заходах, розвагах, трудових процесах у відділенні, проявляли турботу про родину, починали цікавитися терміном виписки.

Таким чином, в основній групі відзначалося прискорення літичного гармонічного зворотнього розвитку психоза. Динаміка вираженості симптоматики шизоафективного психоза у хворих основної групи наведена в табл. 2.

Застосування рангового аналізу зсуву вираженості симптоматики дозволило констатувати потенціювання фінлепсин-ретардом лікувальної дії індивідуально-адекватної психофармакотерапії на дві групи психопатологічних розладів: 1) афективні та вольові порушення — пригнічений настрій, тривога, страх, настороженість, гіперактивність уваги, порушення адаптації; 2) галюцинаторно-маячні розлади із чуттєвим і гострим інтерпретативним маяченням — ворожість та недовіра до навколишніх, ідеї недоброзичливого ставлення, викриття, фізичного впливу, кверулянтські ідеї, псевдогалюцинації, зниження критики до свого стану та неусвідомлення захворювання.

Таблиця 2

Динаміка психопатологічної симптоматики у хворих на шубоподібну шизоафективну шизофренію в основній групі

Симптом	Вираженість симптомів, бали				
	1-й етап лікування	2-й етап лікування	3-й етап лікування	4-й етап лікування	5-й етап лікування
Зниження критики до свого стану та усвідомлення хвороби	2,0 ± 0,3	1,9 ± 0,3	1,9 ± 0,3	1,4 ± 0,2	1,0 ± 0,2*
Рухове та ідеаторне збудження	0,8 ± 0,4	0,3 ± 0,2*	0,2 ± 0,1*	0,2 ± 0,1*	0,1 ± 0,1*
Недостатній сон	1,8 ± 0,3	1,5 ± 0,3	0,8 ± 0,2*	0,3 ± 0,2	0,1 ± 0,1
Зниження активності під час розваг, культтерапії	1,2 ± 0,3	0,8 ± 0,3*	0,7 ± 0,3	0,5 ± 0,2*	0,4 ± 0,2*
Загальна оцінка адаптації	1,6 ± 0,2	1,6 ± 0,2	1,4 ± 0,2	1,0 ± 0,1*	0,6 ± 0,1*

Примітка. Див. і далі табл. 1.

3. *Застосування фінлепсин-ретарду для лікування ендогенних соматизованих депресій.*

У хворих на циклотимію із соматизованими депресіями в основній групі додання фінлепсин-ретарду дозволило вже на 5-у добу терапії добитися тенденції до поліпшення настрою із редукцією похмурості, незадоволення собою та навколишнім, дратівливості. На 10-у добу терапії на фоні подальшого зворотнього розвитку дисфоричного компонента депресії, відзначався початок редукції тривоги на тлі психічної та фізичної релаксації. Одночасна активація хворих сприяла редукції виснажливості. На 15-у добу лікування редукувались нав'язливості, психастенічні та сенесто-іпохондрічні порушення. На 20-у добу терапії із нормалізацією сна редукувались вегетативні розлади. Особливості динаміки окремих симптомокомплексів ендогенних соматизованих депресій в основній групі відображені в табл. 3.

За даними рангового аналізу зсуву вираженості окремих симптомокомплексів ендогенної соматизованої депресії можна казати про потенціювання препаратом фінлепсин-ретардом впливу індивідуально-адекватної психофармакологічної терапії на дисфоричне експлозивно-гіперстенічне забарвлення депресії, підсилену рефлексію, схильність до коливань та сумнівів з нав'язливим аналізом свого стану, нерішучість, помисливість, важкість прийняття рішення. Під впливом цього антиконвульсанту в основній групі прискорявся зворотній розвиток неприємних тілесних відчуттів та думок пацієнтів щодо наявності у них важких порушень здоров'я.

Фінлепсин-ретард в основній групі сприяв поглибленню сна у хворих з ендогенними депресіями.

Таким чином, включення цього антиконвульсанта у структуру індивідуально-адекватної психофармакотерапії ендогенних соматизованих депресій у хворих із депресивною фазою монополярної циклотимії в основній групі викликало дві групи ефектів: 1) спостерігалося прискорення зворотнього розвитку депресії з підсиленням анксіолітичного компонента дії індивідуально-адекватної психофармакотерапії у вигляді міорелаксації та седації пацієнтів, поглибленням нічного сну; 2) у структурі факультативної симптоматики або "фасада" депресії прискорювалась редукція дистимічно-дисфоричних, психастенічних і сенесто-іпохондричних розладів.

Пацієнти з ендогенними соматизованими депресіями у рамках монополярного перебігу циклотимії внаслідок притаманної їм високої вегетативної лабільності достатньо важко переносили психофармакологічну терапію. Так, у двох хворих основної групи (один хворий із шлунково-кишковими розладами, другий — з легенево-серцевими порушеннями у структурі "фасада" депресії) терапія супроводжувалася появою легкого запаморочення і незначної атаксії при раптовому вставанні. Ці явища зникали при зниженні вдвічі дози фінлепсин-ретарду.

Таблиця 3

Динаміка психопатологічної симптоматики у хворих на циклотимію з монополярним перебігом в основній групі

Симптом	Вираженість симптомів, бали				
	1-й етап лікування	2-й етап лікування	3-й етап лікування	4-й етап лікування	5-й етап лікування
Підвищена дратівливість	1,1 ± 0,3	0,8 ± 0,2	0,4 ± 0,2	0,3 ± 0,1*	0,2 ± 0,1*
Психастенічні розлади	1,3 ± 0,2	1,3 ± 0,2	1,2 ± 0,2	0,7 ± 0,1*	0,6 ± 0,1*
Депресивні розлади	2,0 ± 0,2	1,7 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,8 ± 0,1*	0,4 ± 0,2*
Сенесто-іпохондрічні розлади	0,9 ± 0,3	0,8 ± 0,3	0,6 ± 0,2	0,3 ± 0,1*	0,2 ± 0,1*
Міорелаксація	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,2*	0,9 ± 0,2*	0,8 ± 0,2*	0,9 ± 0,2*
Седація	0,7 ± 0,1	0,7 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,6 ± 0,1*	0,6 ± 0,1*

4. *Вплив фінлепсин-ретарду на психопатологічну симптоматику непсихотичної епілепсії.*

У хворих на епілепсію без проявів психоза та недоумства в основній групі при доданні до комплексного лікування фінлепсин-ретарду вже на 5-у добу лікування мало місце поліпшення настрою із редукцією тривожно-дисфоричних проявів, нав'язливої ауторефлексії і обсесивно-фобічної симптоматики. Хворі швидше засинали, нічний сон був глибше. На цей же період застосування фінлепсин-ретарду відзначалося деяке зниження вираженості пароксизмальних розладів. На 10-ту добу лікування спостерігалися редукція тривожно-депресивних розладів, прискіпливого хворобливого самоаналізу, поліпшення засинання та поглиблення сну, послаблювалися вегетативні та церебрастенічні порушення, знижувалася важкість пароксизмальних розладів. На 15-у добу терапії ми відзначали поліпшення настрою хворих із послабленням дратівливості, поглибленням нічного сну, після якого пацієнти відчували себе більш бадьорими та відпочившими. Редукувався нав'язливий аналіз свого стану і неприємні тілесні сенсації, послаблювалася церебрастенічна симптоматика, достатньо окресленим було зниження вираженості пароксизмальних розладів. На 20-у добу терапії у пацієнтів на тлі редукції церебрастенічної симптоматики і пароксизмальних проявів послаблювалися тривожно-гіперстенічні і експлозивно-дисфоричні розлади з подальшим поглибленням нічного сну, послабленням нав'язливості, ауторефлексії, обсесій та фобій. Динаміка вираженості симптоматики епілепсії без проявів психозу і недоумства у хворих основної групи відображена в табл. 4.

За даними рангового аналізу структури зсуву вираженості симптоматики у хворих із непсихотичною епілепсією у основній та контрольній групах додання до індивідуально-адекватної психофармакологічної терапії фінлепсин-ретарду потенціювало лікувальну дію комплексної терапії на експлозивно-гіперстенічні, психастенічні і дисфорично-депресивні розлади, обсесивно-фобічну симптоматику, пресомнічні і інтрасомнічні порушення, вегетативні і пароксизмальні розлади.

Таблиця 4

Динаміка психопатологічної симптоматики у хворих на епілепсію без проявів психоза і недоумства в основній групі

Симптом	Вираженість симптомів, бали				
	1-й етап лікування	2-й етап лікування	3-й етап лікування	4-й етап лікування	5-й етап лікування
Емоційна збудливість	2,5 ± 0,3	2,3 ± 0,1*	2,0 ± 0,2*	2,0 ± 0,3	1,9 ± 0,2
Підвищена дратівливість	2,4 ± 0,2	2,0 ± 0,2*	2,0 ± 0,2*	1,8 ± 0,2	1,6 ± 0,2*
Депресивні розлади	2,5 ± 0,1	1,5 ± 0,2*	1,4 ± 0,2*	1,3 ± 0,2*	1,2 ± 0,3*
Судомні розлади	2,6 ± 0,2	2,5 ± 0,2	2,3 ± 0,1	1,8 ± 0,2*	1,5 ± 0,2*
Розлади засинання	1,9 ± 0,3	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,2*	1,4 ± 0,3	1,4 ± 0,2*
Інтрасомнічні розлади	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,9 ± 0,2	0,8 ± 0,2*

Таким чином, додання фінлепсин-ретарду до комплексної терапії непсихотичної епілепсії дозволяло підсилити її лікувальну дію. Початок лікування відзначався більш швидкою редукцією експлозивно-гіперстенічних і тривожно-дисфоричних розладів, вегетативних порушень та розладів засинання. На подальших етапах лікування мало місце прискорення зворотнього розвитку обсесивно-фобічних, психастенічних і судомних розладів із поглибленням нічного сну.

5. *Особливості дії фінлепсин-ретарду на клінічні прояви при органічному ушкодженні мозку.*

В основній групі хворих з органічним ушкодженням головного мозку при доданні до комплексної терапії фінлепсин-ретарду вже на 5-у добу лікування зменшувалися тривожність, помисливість, дратівливість, поліпшувався настрій з деякою редукцією вегетативної симптоматики, церебрастенічних і судомних розладів, нормалізацією засинання та поглибленням нічного сну. На 10-у добу лікування значно послаблювалися експлозивно-гіперстенічні розлади, тривога, помисливість, редукувалися церебрастенічні розлади і вегетативні порушення, поліпшувався настрій, полегшувалося засинання, поглиблювався сон, послаблювались неприємні відчуття у тілі, зникали пароксизмальні прояви. На 15-у добу терапії знижувалися тривога і помисливість, послаблювалися нав'язливості. Наприкінці лікування, на 20-у добу, відзначалися зникнення тривоги і підсиленої ауторефлексії, поліпшувався настрій із послабленням церебрастенічної симптоматики, нав'язливостей, неприємних тілесних сенсацій, тривала редукція вегетативних розладів.

Таблиця 5

Динаміка психопатологічної симптоматики у хворих із наслідками органічного ушкодження мозку в основній групі

Симптом	Вираженість симптомів, бали				
	1-й етап лікування	2-й етап лікування	3-й етап лікування	4-й етап лікування	5-й етап лікування
Емоційна збудливість	2,1 ± 0,2	1,3 ± 0,2*	0,9 ± 0,1*	0,2 ± 0,1*	0
Підвищена дратівливість	1,7 ± 0,3	0,7 ± 0,3*	0,3 ± 0,2*	0,3 ± 0,2*	0,3 ± 0,1*
Психастенічні розлади	1,8 ± 0,3	1,1 ± 0,1	0,3 ± 0,1*	0,1 ± 0,1*	0
Депресивні розлади	2,3 ± 0,3	1,9 ± 0,2*	0,8 ± 0,2*	0,7 ± 0,2	0 0,6 ± 0,1
Судомні розлади	0,4 ± 0,2	0,3 ± 0,2	0*	0*	0*
Розлади засинання	2,3 ± 0,4	1,5 ± 0,3*	0,9 ± 0,2*	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1
Інтрасомнічні розлади	1,8 ± 0,2	1,1 ± 0,1*	0,8 ± 0,1*	0,8 ± 0,1*	0,8 ± 0,1
Постсомнічні розлади	1,8 ± 0,1	1,1 ± 0,1	0,9 ± 0,1*	0,8 ± 0,1	0,6 ± 0,1*
Міорелаксація	0,7 ± 0,1	0,7 ± 0,1	0*	0*	0

Таким чином, за клініко-описальними даними додання фінлепсин-ретарду в основній групі прискорювало зворотній розвиток поліморфних неврозоподібних розладів на тлі редукції церебрастенічної і вегетативної симптоматики та скорочення частоти пароксизмальних проявів, починаючи з 10-ї доби терапії. Особливості редукції поліморфної неврозоподібної симптоматики у хворих з наслідками органічного ушкодження головного мозку відображені в табл. 5.

За даними рангового аналізу структури зсуву вираженості симптоматики поліморфного неврозоподібного ознакоскладу у хворих з наслідками органічного ушкодження головного мозку додання до індивідуально-адекватної психофармакологічної терапії фінлепсин-ретарду прискорювало зворотній розвиток тривоги, нав'язливостей, вегетативних та постсомнічних розладів. У структурі сумарного зсуву симптомів у основній групі був більш виражений відсотковий зсув депресивних та психастенічних розладів.

Таким чином, застосування фінлепсин-ретарду в комплексній терапії наслідків органічного ушкодження головного мозку дозволяло прискорити поряд із зворотнім розвитком пароксизмальних розладів редукцію експлозивно-гіперстенічних, депресивно-дисфоричних розладів, тривоги, нав'язливості, помисливості з хворобливо підсиленою ауторефлексією, вегетативних та диссомнічних порушень.

На основі отриманих даних можна зробити висновки.

1. Під час лікування нападів шубоподібної прогредієнтної шизофренії фінлепсин-ретард прискорює редукцію тривожно-дисфоричних депресій, а у сполуці з галоперідолом — атипових маній при більшій стійкості параноїдних розладів.

2. У хворих на шубоподібну шизоафективну шизофренію застосування фінлепсин-ретарду дозволяє прискорити редукцію тривожно-дисфоричних проявів, страху і підозріливості у рамках депресивних розладів, що веде до більш швидкого зворотнього гармонічного розвитку психоза.

3. При депресивній фазі циклотимії препарат прискорює редукцію тривожно-дисфоричних, сенестоіпохондричних, психастенічних та інтрасомнічних розладів у структурі соматизованої депресії.

4. У хворих на епілепсію без провів психозу та недоумства фінлепсин-ретард зменшує вираженість експлозивно-гіперстенічних, тривожно-дисфоричних розладів, вегетативних порушень, розладів засинання із наступним прискоренням зворотнього розвитку обсесивно-фобічних, психастенічних порушень із поліпшенням настрою, поглибленням нічного сну і зменшенням частоти пароксизмів.

5. При наслідках органічного ушкодження мозку препарат зменшує афективну насиченість неврозоподібних розладів і прискорює зворотній розвиток тривожно-дисфоричних, гіперстенічних, психасте-

нічних, вегетативних, диссомнічних і пароксизмальних розладів.

6. Препарат не викликає значних побічних явищ та ускладнень. У хворих із соматизованими депресіями у рамках депресивної фази циклотимії фінлепсин-ретард може потенціювати седативно-релаксуючу дію психофармакологічної терапії, що легко усувається зниженням дози препарату.

7. Фінлепсин-ретард може бути рекомендований для застосування у якості ад'ювантного середника при індивідуально-адекватній психофармакологічній терапії у стаціонарних та амбулаторних умовах наступних станів:

— шизофренії шубоподібної прогредієнтної з тривожно-дисфоричними депресіями, чуттєвим маяченням і атипічними маніями у структурі параноїдних нападів;

— шизофренії шубоподібної шизоафективної з тривожно-дисфоричними депресіями, страхом, підозріливістю, чуттєвим і гострим інтерпретативним маяченням, коли вираженість і стійкість афективних розладів утруднюють зворотній розвиток нападу;

— депресивних фаз циклотимії у вигляді соматизованих депресій з тривожно-дисфоричними, психастенічними, сенестоіпохондричними та інтрасомнічними розладами;

— епілепсії без проявів психозу та недоумства з афективно насиченими неврозоподібними проявами у вигляді обсесивно-фобічних і психастенічних розладів на тлі тривожно-дисфоричних депресивних, вегетативних і дисомнічних порушень;

— наслідках органічного ушкодження головного мозку з експлозивно-гіперстенічними, тривожно-дисфоричними депресивними, психастенічними, вегетативними, диссомнічними і пароксизмальними розладами.

Література:

1. *Мосолов С. Н.* Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 228 с.

2. *Авруцкий Г. Я., Недува А. А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — С. 127—128.

3. *Нуллер Ю. Л., Михайленко И. А.* Аффективные расстройства. — Л.: Медицина, 1988. — 264 с.

4. *Nolen W.* Carbamazepine a possible adjunct or alternative to lithium in bipolar disorder // Acta Psychiat. Scand. — 1983. — V. 67. — P. 218—225.

5. *Post R. M.* Time course of clinical effects of action// J. Clin. Psychiat. — 1998. — V. 49, № 4. — P. 35—46.

6. *Ballenger J. C., Post R. M.* Therapeutic effects of carbamazepine in affective illness: A preliminary report // Commun. Psychopharmacol. — 1978. — V. 2. — P. 152—175.

7. *Ballenger J. C., Post R. M.* Carbamazepine in manic-depressive illness: Anew Treatment // Amer. J. Psychiat. — 1980. — V. 137, № 7. — P. 782—790.

8. *Ануфриев А. К., Либерман Ю. И., Остроглазов В. Г.* Глоссарий психопатологических синдромов и состояний: Метод. пособие для унифицированной клинич. оценки психопатол. состояний. — М.: ВНИЦПЗ АМН СССР, 1990. — 112 с.

9. *Авруцкий Г. Я., Зайцев С. Г.* Стандартизированная регистрация клинических данных в течении эндогенных психозов и пограничных состояний под влиянием фармакологической терапии: Метод. рекомендации МЗ СССР. — М., 1975. — 69 с.

10. *Александровский Ю. А.* Клиническая фармакология транквилизаторов. — М.: Медицина, 1973. — С. 153—167.

11. *Бейли Н.* Статистические методы в биологии. — М.: Мир, 1963. — 271 с.

APPLICATION OF PROLONGED CARBAMAZEPINE IN COMPLEX THERAPY OF ENDOGENIC AND ORGANIC DISORDERS

L. V. Slusareva, I. K. Sosin, I. A. Martsenkovsky

Kharkiv Institute of advanced medical studies
Kyiv Medical Academy of post-graduate education
***Kharkiv,* Kyiv**

On the grounds of model of amygdaline kindling, indicators and contra-educators to application of Finlepsin-retard in complex therapy of endogenic and organic mental disorders are analysed. The objects of investigation were 179 patients with schizophrenia, dysthymia, mental disorders owing to organic lesion of the brain. It was established that the drug has thymoanaleptic, anxiolytic effect in anxiously-disphoric depression and in combination with haloperidol in atypical mania hastens reduction of senestohypochondriac, dyssomnic and paroxysmal vegetative breaches. Spectrum of psychotropic activity of the drag in treatment of endogenic and organic mental disorders in discussed.

К ПОСТРОЕНИЮ "ЛИЧНОСТНО-СМЫСЛОВОЙ ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ"

Ю. Ю. Чайка

Харьковский институт усовершенствования врачей г. Харьков

Для задач, стоящих перед клинической психологией, общеизвестна и несомненна ценность проективного метода исследования личности, но известен так же и тот факт, что в этой области сложился определенный дефицит методик. Целью нашей работы являлась разработка такой проективной техники, которая выявила бы личностные смыслы отрицательных эмоциональных переживаний у лиц, страдающих депрессивными расстройствами. Известно, что в отечественной психологии не существует аналогичной методики [3], а психологическая диагностика стертых депрессивных состояний, в частности постшизофренических депрессий, вызывает значительные трудности [1, 5, 6].

Методологической основой разрабатываемой нами методики послужили традиционные для отечественной психологической науки теоретические положения. Это теория отношений В. Н. Мясищева, (1973) [7], теория направленности С. Л. Рубинштейна (1946) [8], рассматривающая личность как систему динамических, внутренне напряженных тенденций, организовывающих человеческую деятельность, и концепция "личностных смыслов" деятельности, введенная А. Н. Леонтьевым (1973) [4].

В предлагаемой нами методике выявления малоосознаваемых переживаний достигается за счет интерпретации испытуемыми символической живописи с "атрибутивным" проецированием различных личностных структур. Ценность символической интерпретации для проективных техник не нуждается в комментариях, достаточно упомянуть такие известные и признанные тесты, как тесты Роршаха и Люшера. Идея использования символической живописи для выявления и интерпретации различных психических феноменов принадлежит К. Г. Юнгу [13], в рамках же Юнгианской психологии проблеме символизма в изобразительном искусстве посвящена работа А. Яффе, 1964 [14]. Известно, что Д. Ван Леннеп в 1948 г. создал проективную методику "Тест Четырех Картин" с использованием в качестве стимульного материала символических картин с интерпретацией результатов по образцу ТАТ (цит. по Л. Ф. Бурлачук, 1999) [3].

Исследуя личностные переживания с помощью символической живописи, мы придерживались классического понимания символа, как "динамической и полисемантической реальности" (Г. Башляр, 1943) [10], а при интерпретации их опирались на общепринятую теорию символов в изложении Г. Бидерманна (1996) [11], В. Бауэра (1995) [9] и Х. Э. Керлот (1994) [12]. Из трех возможных уровней интерпретации символического: космогонического, биопсихологического и метеорологического, мы, соответственно нашей задаче, выбрали биопсихологический уровень с психосоциальным аспектом.

Стимульный материал предлагаемой нами методики состоит из десяти цветных репродукций стандартного размера 28 на 18 см с картин различных западноевропейских художников, выполненных в различных техниках направления символической живописи. Данные репродукции были объединены издателями в альбом под названием "Виденье депрессии", который предназначался для иллюстрации различных аспектов депрессивных состояний. Каждую из десяти репродукций мы использовали в качестве субтеста, для выявления направленности личности на ту или иную проблему. Каждому из субтестов мы присвоили кодовое обозначение в виде букв славянского алфавита. Ниже мы приводим описание субтестов, их символических значений и направленностей.

Субтест "А" — на переднем плане изображен обнаженный женский торс с выраженной мускулатурой, а на заднем — силуэт сидящего мужчины. Трактуя символы не на биологическом, а на психологическом уровне, мы констатируем, что изображенная ситуация на указанном уровне символизма вскрывает не либидинозные проблемы, а известный феномен "Андрогина" — двуполого существа, символизирующего стремление человека к гармонии и к беспроблемным неформальным отношениям. Таким образом, на психосоциальном уровне символического данный субтест вскрывает проблему — направленность личности на "Неформальные отношения с лицами противоположного пола".

Субтест "Б" — изображена комната с нарушенными пропорциями, в которой на переднем плане расположена кровать с иглами. Символическое значение данной фигуры — "Тернии", находящиеся в жилой комнате. Этот символ отражает направленность личности на проблему "Микросоциальных отношений".

Субтест "В" — изображен мужчина с неопределенной полосой на глазах, стоящий спиной к морю, в котором находятся люди. Символ "Море" в позитивном значении обозначает биопсихологическую энергию, а в негативном — чувство неопределенной угрозы. Мужчина на переднем плане отражает самость. Таким образом, данный субтест выявляет направленность личности на проблему "Одиночества".

Субтест "Г" — картина, выполненная в стиле примитивизма, изображает южный тропический пейзаж с восходящим солнцем. Символизм "Пейзажа" отражает степень внутренней диалогичности и рефлексивности, а символизм "Солнца" выявляет направленность личности на проблему "Будущего".

Субтест "Д" — на картине изображена лестница над пропастью, упирающаяся в кирпичные сте-

ны, рядом с лестницей находятся проемы. Символизм данной картины заключается в "Лабиринте", что в позитивном значении отражает преодоление, нахождение и развитие, в негативном — стагнацию. Таким образом, данный субтест выявляет направленность личности на проблему "Цели и преград на жизненном пути".

Субтест "Е" — за неопределенной конструкцией, напоминающей завесу, виден силуэт мужчины. Символ "Завесы" обозначает неопределенную, неизвестную преграду. Данное символическое значение отражает направленность личности на проблему "Свободы".

Субтест "Ж" — изображена пожилая женщина с печально-отрешенным выражением лица, сидящая на кухне. Символическое значение "Старости" в положительном аспекте обозначает самореализацию, а в отрицательном — бессилие. Таким образом, данный субтест отвечает направленности личности на проблему "Самореализации".

Субтест "З" — изображена раздвоенная фигура человека — символ "Двойственности", который отражает направленность личности на проблему "Внутренней противоречивости".

Субтест "И" — на картине головы двух людей, соединенные цепью. Ведущий символ — "Связь", обозначает либо позитивную, либо негативную взаимозависимость людей. Таким образом, данный субтест отражает направленность личности на проблему "Взаимозависимости людей в социуме".

Субтест "К" — изображено гуманоидное существо в символической форме "Монстра", что отражает направленность личности на проблему "Страха перед агрессией".

Методика тестирования стандартизирована и включает в себя два этапа: процедуру проведения тестирования и обработку полученных результатов исследования с последующим анализом.

Процедура проведения тестирования проводится в два этапа: первый — предъявление стимульного материала в условиях глухой инструкции, и второй — стандартизованная беседа. Испытуемому предлагаются одновременно все десять субтестов со следующей глухой инструкцией: "Рассмотрите эти картины и разложите их в следующем порядке — от наиболее понравившихся до самой непонравившейся". При этом время на выполнение задания не ограничивается. Тестирование проводится в отдельном помещении, в доброжелательно-нейтральной обстановке. В случае затруднений в понимании инструкции она дается повторно, при этом можно указать: "Разложите картины так, как Вам нравится". Такая инструкция требует от испытуемого проявить свою внутреннюю активность в отношении неоднозначных символов, вступить с ними в активную систему отношений, проявить свои динамические организующие тенденции. Выполнив инструкцию, испытуемый ранжирует все десять субтестов по степени их приемлемости.

Второй этап процедуры тестирования — стандартизированная беседа, проводится вслед за первым и заключается в получении ответов на четыре стандартных вопроса (по каждому субтесту отдельно):

1) "Понравилась ли картина и чем?"; 2) "Что изображено на картине?"; 3) "Как бы Вы назвали эту картину?"; и 4) "Что бы Вы могли изменить или дополнить в ней?". Все ответы испытуемого тщательно фиксируются на бумаге, отмечаются также сопутствующие мимические или поведенческие реакции. Данный этап также не ограничивается во времени, испытуемого не следует торопить, а позиция экспериментатора должна оставаться нейтрально-благожелательной. На этом этапе тестирования допускаются лишь простейшие уточняющие вопросы: "Что Вы имели в виду?", "Объясните, почему Вы ее так назвали?". Этим процедура проведения тестирования заканчивается.

Обработка полученных результатов также включает в себя два этапа и проводится по каждому субтесту отдельно.

Первый этап состоит в присвоении каждому субтесту банальной оценки по следующей шкале: 4 балла — картина понравилась безоговорочно; 3 балла — картина понравилась, но не полностью или вызывает противоречивое отношение; 2 балла — картина не понравилась; 1 балл — картина вызывает неприятие; 0 баллов — отказ от рассмотрения данной картины. Определенная балльная оценка отражает ту или иную степень эмоциональной реакции испытуемого на содержательную и формальную сторону субтестов.

Второй этап обработки полученных результатов состоит в содержательном выделении и категоризации отдельных структур личности. При этом мы исходили из того, что ответ на первый вопрос — "Понравилась ли эта картина и чем?", отражает, во-первых, доминирующую эмоциональную реакцию испытуемого (покой, неуверенность, беспокойство), во-вторых, степень осознанности эмоциональных переживаний (идентификация, подавление, вытеснение) и, в-третьих, ведущие адаптивные механизмы личности. Ответы на второй вопрос — "Что изображено на картине?", могут выявить следующие структурные элементы личности: чувства, эмоции, состояния, личностные черты, а также сопутствующие им потребности. Кроме того, характер ответа на второй вопрос выявляет степень активности личности на предъявленный стимул. Это либо статичное описание ситуации, свидетельствующее об отстранении от проблемы, либо динамичное описание, отражающее актуальность данной проблемы для личности. Ответ на третий вопрос: "Как бы Вы могли назвать эту картину?", заставляет испытуемого выразить свое отношение и дать оценку изображенной символической ситуации, следовательно, он является интегральным и смыслообразующим. Таким образом, ответ на третий вопрос выявляет конкретный личностный смысл, создаваемый испытуемым в ответ на предложенную проблему — направленность субтеста. Ответ на четвертый вопрос — "Что бы Вы могли изменить, дополнить в картине?", позволяет выявить ведущие личностные реакции: экстрапунитивные, интропунитивные, либо импунитивные.

Для стандартной интерпретации, выявленных в символической форме личностных переживаний и реакций в общепринятые психологические термины, нами разработан "Толковый Словарь Психологических Символов". Используя этот "Словарь...",

выявленные у испытуемых личностные образования заносят в стандартный "Банк обследования", который включает в себя код субтеста, его ранговое место, балльную оценку, конкретный личностный смысл направленности, а также проекции личностных образований, по следующей схеме: структурные элементы личности (чувства — эмоции, состояния, личностные черты, стремления, потребности), динамические характеристики личности (статика, поведенческая, интра-, интерсубъективная динамика); адаптивные механизмы и тип реагирования.

Анализ полученных результатов обследования испытуемых проводится, исходя из принятых нами методологических принципов, согласно которым мы рассматриваем личность как систему отношений человека к своему внутреннему миру и окружающей действительности [7]. Эта система отношений проявляется в различных видах направленности [8] и реализуется через конкретные личностные смыслы [4]. Переживанием же этих личностных смыслов и будут различной степени осознанности конкретные чувства, состояния, стремления, потребности с их адаптивными механизмами и динамическими характеристиками.

Испытуемые, проявляя свою внутреннюю активность в отношение неоднозначных стимулов, придают им позитивную, неопределенную или негативную оценку, соответствующим образом ранжируя субтесты. Таким образом, субтесты, занимающие первые ранги с положительной оценкой (что соответствует 4—3 баллам по нашей шкале), отражают позитивные для испытуемого личностные смыслы направленностей, и соответственно на них проецируются положительные переживания. Субтесты, занимающие средние ранги с неопределенной или негативной оценкой (3—2 балла), отражают личностные смыслы с неопределенным для личности отношением и соответственно противоречивыми переживаниями. А субтесты, занимающие нижние ранги с негативной оценкой (2—0 баллов), отражают негативные для личности смыслы, вытесненные проблемы и отрицательные переживания. Исходя из динамического аспекта, представленные личностные смыслы направленностей выражают соотношение между позитивными "Стремлениями", неопределенными "Переживаниями" и негативными "Опасениями". Это динамическое соотношение мы определили как "Пропорцию личности", соответственно ей выстраивается "Профиль личности", который может принимать четыре основных формы: "Стремящиеся — достигающие" личности, "Стремящиеся — отстраняющиеся" личности, "Переживающие" и "Опасающиеся" личности, с проекцией, в каждом конкретном случае, типичных и индивидуальных личностных образований.

Таким образом, разрабатываемую нами методику, согласно классификации проективных техник Л. Франка с дополнениями Л. Ф. Бурлачука (1997) [12], можно отнести к интерпретативно-импрессивным техникам с проекцией личностных смыслов и некоторых личностных образований, преимущественно чувств, эмоций и состояний.

Литература:

1. *Беляев Б. С. с соавт.* Клинико-патопсихологические исследования особенностей личности и эмоциональности больных аффективными психозами // Журнал неврологии и психиатрии. — 1990. — Т. 90. — № 4. — С. 80—86.
2. *Бурлачук Л. Ф.* Введение в проективную психологию. — К.: Ника-Центр, 1997. — 128 с.
3. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психодиагностике.— СПб.: Питер Ком, 1999.— 528 с.
4. *Леонтьев А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность.— М.: Политиздат, 1975. — 304 с.
5. *Копытин А. И.* Применение некоторых клинико-психологических методик для дифференциальной диагностики депрессивных состояний // Журнал неврологии и психиатрии. — 1990. — Т. 90. — № 4. — С. 95—99.
6. *Михайлова Е. С. с соавт.* Эмоциональная реактивность больных депрессией /Журнал неврологии и психиатрии. — 1990. — Т. 90. — № 4. — С. 86—91.
7. *Мясищев В. Н.* Психология отношений /Под ред. А. А. Бодалеева. — М.: Изд-во "Институт Практической Психологии", Воронеж: НПО "МОДЭК", 1995. — 356 с.
8. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. — СПб.: Питер Ком, 1998. — С. 435 — 644.
9. *Бауэр В., Дюмотц И., Головин С.* Энциклопедия символов. /Пер. с нем.— М.: Крон-пресс, 1995.— 512 с.
10. *Башляр Г.* Вода и грезы: Опыт о воображении материи. / Пер. с фр. — М.: Изд-во Гуманитарной Лит., 1998. — 268 с.
11. *Бидерманн Г.* Энциклопедия символов. /Общ. ред. и предисл. Свенцицкой И. С. / Пер. с нем. — М.: Республика, 1996. — 335 с.
12. *Керлот Х. Э.* Словарь символов. /Пер. с англ. — М.: "RELF-book", 1994. — 608 с.
13. *Юнг К. Г.* Подход к бессознательному // Кн. Человек и его символы. /Под ред. К. Г. Юнга / Пер. с англ. — СПб.: Б.С.К., 1996. — С. 16—113
14. *Яффе А.* Символизм в изобразительном искусстве// Кн. Человек и его символы. /Под ред. К. Г. Юнга / Пер. с англ. — СПб.: Б.С.К., 1996. — С. 298—375.

TO CONSTRUCTION "PERSONAL SENSETIVE PROJECTIVE TECHNIQUE"

Y. U. Chayka

Kharkiv Postgraduate Medical Institute

Kharkiv

The elaboration of new projective technique is represented in this work and directs to the revealing personal senses depression experiences. Methodicall Methodical, the representing technique is based on the theory, of "Relations" and the theory of "Activity personal senses". In the capacity of the stimulus material the special picked up standard pictures in the style of symbol art are used. The procedure of testing and the processing of the exceeded result are standardized. The analysis of the exceeded results is contained in the interpretation of symbolic projections in social-psychological terms with the help of standard "Vocabulary".

The result of testing is the construction of the specific "Person Profile", which can have three main forms "Aspiring", "Experiencing" and "Fearing" persons.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ МКБ-10 В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ В УКРАИНЕ

В. С. Подкорытов

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

Прошло уже почти 10 лет с момента принятия в 1989 г. специальной конференцией экспертов ВОЗ в Женеве первой версии новой МКБ 10-го пересмотра (МКБ-10). Согласно приказу МЗ Украины с января 1999 года МКБ-10 вводится в практику работы учреждений здравоохранения нашей страны, в том числе — психиатрических. Следует констатировать, что внедрение в Украине этой классификации значительно отстает во времени от соответствующих процессов в других европейских странах. Дальнейшее его затягивание может привести к тому, что актуальность этого вопроса для нас исчезнет сама по себе в связи с необходимостью внедрения в стране уже МКБ-11. Поэтому, если мы декларируем свое намерение войти в семью развитых государств мира, нужно научиться общаться с этими государствами на понятном им языке. В том числе — и на принятом в них языке медицинской статистики. В данном случае — МКБ-10.

Однако, насколько готовы мы к такому общению, к внедрению в украинскую психиатрическую практику новой международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра? Соответствующий приказ МЗ Украины — это необходимый, но только первый шаг в нужном направлении, который, кстати, должен был бы быть последним, завершающим. Чтобы он не остался единственным, не завис в воздухе, требуются следующие шаги. Какие?

При переходе на МКБ-10 у отечественных психиатров возникает целый ряд серьезных методологических и организационных проблем, с которыми западные психиатры даже не знакомы. Для них МКБ-10 явилась логическим развитием МКБ-9, и больших трудностей с внедрением в практику не вызвала. Мы же, по сути, до настоящего времени под названием МКБ-9 применяли т. н. адаптированный ее вариант. Он существенно отличается по своему глоссарию психических расстройств от оригинала и представляет собой попытку создания у нас варианта собственной, национальной классификации болезней, основанной на нозологическом принципе. В то же время, в основе МКБ-10 лежит преимущественно синдромологический, феноменологический подход, непривычный для отечественных психиатров. С целью облегчения их перехода с МКБ-9 на МКБ-10 нашим институтом подготовлены специальные методические рекомендации.

Следует отметить, что настаивать на предпочтительности нозологического подхода к классификации психических расстройств без четкого представления об их этиологии и патогенетических механизмах, реально применяя в клинической практике преимущественно симптоматическую фармакотерапию, по меньшей мере, мало убедительно и не продуктивно. Кроме того, именно такой подход, существующий в настоящее время у нас в стране, приводит к большому субъективизму в постановке психиатрического диагноза. Именно им во многом объясняются те контрасты в распространенности и нозологической структуре психических расстройств в населении разных областей Украины, которые фиксирует отечественная медицинская статистика.

Создание МКБ-10 явилось попыткой максимально объективизировать и верифицировать постановку психиатрического диагноза. Многонациональному коллективу разработчиков этой классификации, представляющих не только разные страны мира, но и разные психиатрические школы, удалось создать общий достаточно полный глоссарий клинических феноменов, с которыми каждый психиатр сталкивается в своей повседневной профессиональной деятельности. В ней представлено 10 диагностических рубрик, охватывающих практически все многообразие психических и поведенческих расстройств у взрослых и детей. В ряде рубрик предусмотрены свои дополнительные классификаторы, позволяющие выделять их ведущий симптом или синдром, тип течения, клиническое состояние. Предлагаемые в МКБ-10 диагностические критерии базируются не только на качественной оценке психопатологических и поведенческих феноменов, но и на их количественной представленности. В зависимости от степени значения того или иного феномена в клинической картине психического расстройства, имеющегося у пациента, его диагноз формулируется в системе МКБ-10 с использованием соответствующих буквенных и цифровых обозначений. Все диагнозы в ее клинических версиях формулируются с применением по меньшей мере 4-х значного кода. Для уточнения характера психического или поведенческого расстройства, наблюдающегося у пациентов, дополнительно могут использоваться 5-й и 6-й знаки кода.

Психиатрический код всегда основывается на наличии у пациента т. н. а) *общих* и б) *обязательных* диагностических критериев болезненного феномена. *Общие критерии* являются ключевыми. Они типичны для всех рубрик соответствующей группы психических или поведенческих расстройств. Например, у всех типов деменции (F00-F03-Альцгеймера, сосудистой, Пика и т. д.) в качестве общих критериев используются такие признаки, как наличие у пациента ухудшения памяти, снижения эмоционального контроля или мотивации, отсутствие у него помрачения сознания. Причем для установления достоверного клинического диагноза деменции ее первый признак, т. е. ухудшение памяти, должен отчетливо наблюдаться у пациента на протяжении не менее 6-ти месяцев. В других случаях диагноз ставится только предположительно. Общие критерии в МКБ-10 помечены заглавной буквой с указанием соответствующего номера (G1, G2, G3 и т. п.).

Обязательные критерии отдельных расстройств, входящих в конкретную рубрику соответствующей

им группы, отмечены другими заглавными буквами алфавита (А, Б, В и т. д.). Например, в случаях диагностики деменции при болезни Альцгеймера, помимо обязательного критерия "А", включающего все общие критерии деменции (G1—G4), требуется наличие у пациента обязательного критерия "Б", указывающего на отсутствие у него данных из анамнеза или специального обследования, которые могли бы свидетельствовать о другой возможной причине развившейся деменции (цереброваскулярное заболевание, болезнь Паркинсона, злоупотребление алкоголем и т. п.).

В психиатрическом коде имеющегося у пациента расстройства могут также присутствовать данные о дополнительных характеристиках, позволяющих включить это расстройство в ту или иную подгруппу из общей группы такого рода расстройств. Они обозначаются соответствующими номерами (1, 2, 3 и т. п.) и строчными буквами (а, б, в). Например, деменция при болезни Альцгеймера (F00) в случаях с ранним началом заболевания обозначается кодом F00.0, в случаях с его поздним началом — F00.1 в атипичных случаях — F00.2 и т. д. Кроме того, для уточнения клинических проявлений деменций в кодах F00-F03 может использоваться пятый знак: x0 — без дополнительной симптоматики; x1 — с другими симптомами, преимущественно бредовыми; x2 — с другими симптомами, преимущественно галлюцинаторными; x3 — с другими симптомами, преимущественно депрессивными и т. д. Для указания степени тяжести деменции в коде может быть использован шестой знак: xx0 — легкая; xx1 — умеренная; xx2 — тяжелая.

Следует отметить, что авторы МКБ-10, стараясь максимально объективизировать диагностику психических и поведенческих расстройств, предлагают психиатрам, помимо учета качественной характеристики последних, принимать во внимание время их появления у пациента, степень представленности и выраженности. Так, например, для диагностики у ребенка того или иного (социализированного, несоциализированного и т. п.) расстройства поведения (F91.0—F91.9) предлагается выявить из списка 23-х возможных при этом феномене болезненных симптомов, наличие у него не менее трех. Причем некоторые из них должны отмечаться у ребенка на протяжении минимум 6-ти месяцев и возникать в возрасте до 10 лет.

Таким образом, МКБ-10 базируется на использовании как определенного, четко обозначенного для каждого из психопатологических феноменов, встречающихся в психиатрической практике т. н. критериев включения (т. е. присутствия), так и критериев исключения (т. е. обязательного отсутствия).

Однако даже в такой огромной работе, которая проделана авторами МКБ-10, нельзя объять необъятное, охватить все культурально-этнические особенности психопатологических феноменов. Следует понимать определенную ограниченность и компромиссность этой классификации.

Анализируя, в частности, диагностические рубрики психических и поведенческих расстройств, наиболее часто встречающихся в детском и подростковом возрасте (F70—F79, F80—F89, F90—F98), можно отметить, что не все включенные в них болезненные феномены наблюдаются в практике украинских детских и подростковых психиатров. Так, например, специфическое расстройство спеллингования, весьма характерное для детей из англоговорящих стран (F81.1), совершенно не обнаруживается у наших детей. В то же время, такое достаточно распространенное среди украинских младших школьников специфическое расстройство развития школьных навыков как дизграфия, в соответствующую диагностическую рубрику МКБ-10 не включено. Отсутствует в МКБ-10 и такой важный, на наш взгляд, феномен, как "Пограничная умственная отсталость" (IQ-70—79), хотя эта проблема, особенно в связи с необходимостью разработки более четких критериев психического здоровья призывников, для нас весьма актуальна.

Исходя из вышеизложенного, по-видимому, целесообразно, принимая для внедрения в 1999 году в практику отечественной психиатрии оригинальную версию МКБ-10, предложенную экспертами ВОЗ, накапливать в процессе работы с ней научные данные, которые, согласно рекомендациям Президента ВПА Н. Сарториуса (1997), позволят в последующем обоснованно внести в нее некоторые поправки.

В то же время следует уточнить, какая, собственно, из 3-х основных версий МКБ-10, разработанных в ВОЗ, будет внедряться в Украине. Вряд ли стоит призывать отечественных психиатров к использованию в их практике т. н. "короткой версии", имеющей только 3 знака кода психиатрического диагноза и предназначенной для врачей-статистиков. А ведь именно эта версия на сегодняшний день наиболее известна у нас в стране.

Психиатры-практики, как и психиатры-ученые, в своей повседневной клинической деятельности должны опираться на т. н. "синюю" и "зеленую" книги МКБ-10, которые являются взаимодополняющими. "Синяя книга", т. е. "Клинические описания и диагностические указания" — представляет собой наиболее полную версию МКБ-10 и адресована, прежде всего, врачам-практикам. Она содержит как некоторые общие сведения о диагностических единицах, так и основные клинические характеристики с выделением диагностических критериев и перечнем традиционных психиатрических терминов, наиболее близко соответствующих рубрикам МКБ-10. "Зеленая книга" — т. е. "Исследовательские критерии", более лаконична и адресована научным работникам. Критерии диагностики в ней представлены более кратко и четко, чем в "Синей книге".

Таким образом, если врачи — медицинские статистики при переходе на МКБ-10 могут ограничиться использованием лишь се "короткой версии", то психиатрам-клиницистам необходимо обязательное применение в своей практической работе полного объема диагностических критериев для психических и поведенческих расстройств, изложенных в "Зеленой" и "Синей" книгах.

Располагают ли этими основными инструментами для внедрения в свою практическую деятельность диагностических критериев МКБ-10 отечественные психиатры? К сожалению, в достаточном количестве — нет! Без необходимого тиражирования этих книг в Украине внедрение в нашей стране МКБ-10 будет проблематичным. Причем, следует подчеркнуть, что врачам-психиатрам нужны не дорогостоящие 2-х томники с полным перечнем всей

общесоматической патологии, а относительно дешево изданные разделы МКБ-10, касающиеся собственно психиатрии.

Возможно ли самостоятельное освоение отечественным врачом-психиатром новой классификации психических и поведенческих расстройств, даже имеющим в своем распоряжении обе книги полных версий МКБ-10? Весьма сомнительно. Опыт внедрения МКБ-10 в других странах показывает, что главной целью этого непростого процесса является унификация врачебных клинико-диагностических оценок психических и поведенческих расстройств у взрослых и детей. Добиться этого в тех случаях, когда существует необходимость переучивания врачей с уже сложившимися профессиональными взглядами возможно лишь путем проведения для них специальных тренинговых диагностических семинаров. Кроме того, для этих врачей, а также для студентов-медиков необходимо издание национальных учебников и руководств по психиатрии, ориентированных не на МКБ-9, а на МКБ-10, принципиальные положения которой, несомненно, будут использованы при последующих пересмотрах Международной классификации болезней, в том числе в МКБ-11.

Возникает вопрос, а кто же будет готовить такие учебники и руководства, обучать студентов-медиков с позиций новой классификации психических и поведенческих расстройств? Наверное, все-таки отечественные психиатры-ученые. Но ведь и они нуждаются в скоординированном достаточно радикальном пересмотре своих складывавшихся десятилетиями профессиональных взглядов. Стало быть, и эта категория психиатров, помимо самостоятельного овладения диагностическими критериями МКБ-10, нуждается в участии в специальных тренинговых семинарах. Приобретенное ими на таких семинарах понимание критериев МКБ-10, достигнутое в процессе профессионального общения с коллегами-учеными и неизбежного при этом взаимообучения, психиатры-ученые смогут и должны донести на соответствующих организованных ими региональных тренинговых диагностических семинарах до психиатров-практиков своего региона. Только такая многоэтапная, разнонаправленная интенсивная работа по овладению и широкому внедрению в практику украинских психиатров МКБ-10 позволит осуществить этот процесс в течение 1999 года достаточно эффективно и с минимальными издержками.

Таким образом, первоочередными задачами по выполнению приказа МЗ Украины о внедрении в 1999 году в отечественном здравоохранении, в том числе — психиатрии, МКБ-10, следует считать следующие:

1. Отдельное максимально дешевое издание в необходимом количестве на украинском и русском языках психиатрических разделов всех 3-х версий МКБ-10. В крайнем случае — хотя бы "Клинические описания и диагностические указания", т. е. психиатрический раздел из "Синей книги". В условиях крайней ограниченности времени для проведения такой работы, которая должна быть выполнена уже в первом квартале 1999 года, ею следует заняться непосредственно в каждой из областей самим главным областным психиатрам. Кроме того, учитывая существующие экономические реальности и большой вклад в обеспечение отечественных психиатров современной специальной литературой, который осуществляется Ассоциацией психиатров Украины, представляется целесообразным ходатайствовать перед ней о централизованном издании и бесплатной рассылке в профильные учреждения страны по меньшей мере 1000 экземпляров "Синей книги" МКБ-10.

2. Регулярное (2—3 раза в год) проведение общеукраинских недельных тренинговых диагностических семинаров по освоению МКБ-10 для ведущих ученых-психиатров страны. Организовать такую работу могли бы Республиканская проблемная комиссия по психиатрии и главный психиатр Минздрава Украины.

3. Регулярное (2—3 раза в год) проведение региональных недельных тренинговых диагностических семинаров по освоению МКБ-10 для психиатров-практиков всех регионов страны. Взять на себя их организацию могли бы заведующие кафедрами психиатрии медуниверситетов, ведущие научные сотрудники Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии (УНИИКЭНП) и Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии (УНИИССП), являвшиеся участниками соответствующих общеукраинских семинаров.

4. Накопление и анализ новых научных данных, учитывающих культурально-этнические особенности имеющихся у населения нашей страны психических и поведенческих расстройств,, которые бы позволили внести соответствующие поправки в МКБ-10. Проведение этой работы и систематизацию полученных результатов могли бы взять на себя УНИИКЭНП, УНИИССП и кафедры психиатрии медуниверситетов Украины.

5. Подготовка национального учебника по психиатрии, ориентированного на МКБ-10. Как и в предыдущем пункте, эту работу могли бы взять на себя те же научные учреждения страны.

6. Ходатайство перед ВОЗ о включении в коллектив разработчиков новой версии Международной классификации болезней (МКБ-11) и украинских специалистов.

PROBLEMS OF INTRODUCTION ICD-10 IN PSYCHIATRIC PRACTICE IN UKRAINE

V. S. Pidkorytov

Ukrainian Scientific Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry
Kharkiv

It is noted that the ICD-10 using by Ukrainian psychiatrists is slow and backward significantly as compared with others countries. It is pointed out that physicians have not both the books with a describe of the ICD-10 and instructions for the ICD-10 application. It is proposed to publish 1000 copies of a book containing the ICD-10 to organize 2 or 3 training workshops on the ICD-10 application in the Ukrainian manual for psychiatry.

17-Й ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Б. В. Михайлов

Харьковский институт усовершенствования врачей
г. Харьков

23—28 августа в Варшаве проходил 17-й Всемирный конгресс по психотерапии.

В работе конгресса приняли участие ученые и практики в области психотерапии более чем из 40 стран мира.

Основное внимание было уделено следующим направлениям:

Организационные принципы оказания психотерапевтической помощи применительно к различным концептуальным моделям психотерапии.

Формы и методы психотерапии в клинической практике.

Принципы профессиональной подготовки, аттестации и сертификации психотерапевтических кадров.

Вся работа конгресса проходила в рамках 5-ти пленарных заседаний, 22-х симпозиумов и 16-ти семинаров.

С программными докладами выступили:

Артур Клейнман, профессор Гарвардского университета, США, по проблемам транскультуральных особенностей организации психотерапевтического процесса.

Норман Сарториус, профессор университетского госпиталя Женевы, Швейцария, — выступил с фундаментальным докладом обзорного характера по вопросам практики и научных исследований в области психотерапии.

Вилли Шафран, профессор университета Брюсселя, Бельгия, выступил с концепцией интегративной психотерапии.

В работе конгресса приняли широкое участие украинские психотерапевты. В сборнике трудов конгресса опубликовано свыше 20 работ; непосредственно в программу вошли 7 докладов и 10 постерных сообщений, в т. ч. профессоров Н. А. Маруты, С. И. Табачникова и др.

Были представлены доклады: проф. Б. В. Михайлова "Психотерапия в Украине: традиция в обществе и перспективы развития", доц. А. И. Сердюка "Влияние самооценки на выбор психотерапевтической тактики у психосоматических больных", ст. н. с., к. м. н. Т. В. Панько "Психотерапия сексуальных расстройств у женщин, больных неврозами", ст. н. с., к. м. н. И. В. Здесенко "Психотерапевтическая реабилитация цереброваскулярных нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию после Чернобыльской аварии".

Конгресс наметил ряд узловых проблем и перспективных направлений в психотерапии. Прежде всего, это значительная научная, практическая и организационная разобщенность психотерапии. По оценкам западных экспертов (Брюссель, Бельгия), в настоящее время насчитывается свыше 450 различных методов и направлений психотерапии. Действуют более 10 международных психотерапевтических ассоциаций (психотерапии, психоанализа, гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии, гипноза и др.). Особую опасность, по единодушной оценке участников Конгресса, представляет вовлечь и узаконить деятельность в рамках психотерапии лиц, не имеющих медицинского или психологического образования.

В ряду первоочередных задач в резолюции Конгресса выделены:

— стратегическое направление на разработку интегративных методов психотерапии;

— консолидация профессиональных общественных психотерапевтических ассоциаций;

— разработка единых унифицированных международных программ по подготовке, аттестации и сертификации психотерапевтов.

УКРАИНСКИЙ СЕМИНАР-СОВЕЩАНИЕ "ВНЕДРЕНИЕ МКБ-10 В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ПСИХИАТРИЮ"

В. С. Подкорытов, Н. А. Марута, Л. И. Дьяченко

Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии г. Харьков

С января 1999 года приказом Министерства здравоохранения Украины в медицинских учреждениях страны, в том числе психиатрических, в практическую деятельность вводится новая Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Вопросам готовности психиатрической службы страны к внедрению в свою работу диагностических критериев и статистической отчетности, предусматриваемых МКБ-10, был посвящен республиканский семинар-совещание главных психиатров областных Управлений здравоохранения Украины. Он был организован Министерством здравоохранения, Украинским НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии (УНИИКЭНП, г. Харьков) и Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии (УНИИССП, г. Киев). Семинар-совещание проходил 23 декабря 1998 года на базе Киевской городской психиатрической больницы № 1 им. И. П. Павлова. В нем приняли участие главные областные психиатры, главные врачи областных психиатрических больниц Украины, а также ведущие психиатры-ученые из Киева, Харькова, Полтавы, Львова.

Открыл семинар-совещание главный психиатр МЗ Украины д. м. н., проф. *А. К. Наприенко*. Он отметил, что процесс внедрения МКБ-10 в практику работы психиатрических учреждений страны идет медленно и резко отстает во времени от решения аналогичных проблем психиатрическими службами большинства стран не только Западной, но и Восточной Европы. Несмотря на определенные трудности, обусловленные традициями применения отечественными психиатрами нозологического подхода в диагностике психических заболеваний, им необходимо в кратчайшие сроки освоить основные принципы работы с МКБ-10 и использовать ее в своей повседневной профессиональной деятельности.

С развернутым докладом "Статистическая отчетность по психиатрии в аспекте МКБ-10" выступила ведущий научный сотрудник УНИИКЭНП к. м. н. *Л. И. Дьяченко*. Она осветила основные трудности, возникающие как у психиатров-клиницистов, так и у медицинских статистиков при переходе от МКБ-9 к МКБ-10. Было отмечено, что диагностические критерии МКБ-10, как и МКБ-9, опираются, прежде всего, на клиническую действительность и поэтому не несут в себе принципиальных отличий. Весь опыт отечественной психиатрии, накопленный за многие десятилетия работы, может при соответствующей адаптации быть успешно использован и в рамках МКБ-10. С целью облегчения перехода украинских психиатров с МКБ-9 на МКБ-10 сотрудниками УНИИКЭНП разработаны специальные методические рекомендации. В них прослежена достаточно четкая корреляция между большинством рубрик психических заболеваний, входящих как в МКБ-9, так и в МКБ-10.

С программным докладом "Проблемы внедрения МКБ-10 в психиатрическую практику в Украине" выступил руководитель отдела детской психоневрологии УНИИКЭНП, д. м. н. *В. С. Подкорытов*. Он отметил, что несмотря на почти десятилетний опыт использования в других странах мира МКБ-10, украинская психиатрия оказалась практически не готовой к переходу с января 1999 года на эту классификацию болезней. Прежде всего это связано с отсутствием на местах в требуемом количестве самих материалов МКБ-10. Более того, не определено, какими из 3-х версий МКБ-10 ("короткая", "Зеленая книга" или "Синяя книга"), которые разработаны ВОЗ, следует пользоваться украинским психиатрам-практикам. Было подчеркнуто, что для качественного освоения психиатрами практического здравоохранения основных принципов применения в своей профессиональной деятельности МКБ-10 необходимо неоднократное проведение для них ведущими психиатрами-учеными страны специальных обучающих семинаров. Было обращено внимание на актуальность создания нового национального учебника по психиатрии, ориентированного не на МКБ-9, а на МКБ-10. Было высказано пожелание об участии украинских специалистов в разработке будущей МКБ-11.

С интересным докладом "Судьба шизофрении в МКБ-10" от коллектива соавторов (Т. Г. Сонник, И. И. Влох, Р. И. Никифорук) выступил директор УНИИССП, д. м. н., проф. *А. П. Чуприков*. Им было показано, что нет полного соответствия в диагностических критериях этого заболевания, используемых в привычной для отечественных психиатров адаптированной версии МКБ-9 и новой для них МКБ-10. Более того, в последней отсутствует такой обязательный диагностический критерий шизофрении как "интрапсихическая атаксия". Нет в ней и ряда принятых в отечественной психиатрии ее клинических форм и типов течения. Было выражено сомнение в целесообразности механического переноса без проведения необходимой адаптации МКБ-10 в практическую психиатрию нашей страны.

Актуальным вопросам статистической отчетности в судебной психиатрии Украины был посвящен коллективный доклад главного судебного психиатра МЗ Украины к. м. н. *Т. М. Арсенюк* с соавторами (к. м. н. А. А. Ревенок, к. м. н. Ю. В. Онишко, О. М. Муц). Было отмечено, что перевод на МКБ-10 этого специфического раздела психиатрии, наибо-

лее тесно связанного с целым рядом болезненных социальных проблем, не может быть простым. Требуется определенный период адаптации к новым диагностическим подходам, принятым в МКБ-10. Это, соответственно, может отразиться на экспертных оценках отечественных судебных психиатров. Следует уже по итогам первого полугодия работы в 1999 году проанализировать адекватность новых статистических отчетных форм по судебной психиатрии и при необходимости внести в них определенные коррективы.

Большой интерес и оживленную дискуссию вызвал доклад "Неврозы и МКБ-10", сделанный руководителем отдела неврозов и пограничных состояний УНИИКЭНП д. м. н., проф. *Н. А. Марутой*. Она обратила внимание на возникновение ряда трудностей в диагностике невротических расстройств, обусловленных новой формой их классификации в МКБ-10. В последней отсутствуют такие привычные для украинских психиатров формы неврозов как неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. В то же время широкое использование в ней синдромологических подходов для диагностики невротических расстройств, с одной стороны, затушевывает четкость границ между их различными нозологическими формами, с другой — значительно расширяет рамки этого понятия. Нет в МКБ-10 и указаний на этиологию таких расстройств, их обусловленность психической травматизацией. Все это требует критического к ней отношения и проведения определенной адаптации.

Специфическим вопросам трактовки и диагностики соматоформных расстройств с позиций МКБ-10 был посвящен доклад проректора по научной работе Харьковского института усовершенствования врачей, д. м. н., проф. *Б. В. Михайлова*. Им было обращено внимание на недопустимость трактовки включенных в эту рубрику психических расстройств как сугубо истерических проявлений. Отмечался "стертый", нозологически "размытый" характер представленных в ней соматизированных синдромов. Такие расстройства могут наблюдаться не только в клинике психогений или других психических заболеваний, но и в начальных стадиях многих клинических форм соматической и неврологической патологии. Соответственно, с учетом их этиологии должна строиться и терапевтическая тактика врача.

О назревшей необходимости пересмотра с позиций МКБ-10 ряда традиционных для отечественных судебных психиатров экспертных подходов и оценок в судебно-психиатрической практике говорил в своем докладе руководитель отдела судебной психиатрии УНИИССП, д. м. н. *В. Б. Первомайский*. Он подчеркнул, что без соответствующей адаптации к ней существующих законодательных документов о вменяемости или невменяемости психически больных, совершивших правонарушения, в деятельности судебно-психиатрических экспертов могут возникать дополнительные трудности и проблемы.

В дискуссии по актуальным для украинских психиатров вопросам внедрения в их практическую деятельность диагностических и медико-статистических критериев МКБ-10 выступили главный врач Полтавской областной психиатрической больницы *А. Г. Дейнека*, президент Украинской противоэпилептической лиги к. м. н. *Л. Е. Музычук*, заведующий кафедрой психиатрии Львовского медицинского университета д. м. н., проф. *О. А. Фильц* и другие участники семинара-совещания. Д. м. н., проф. *Н. А. Марута* предложила выделить в издаваемом в УНИИКЭНП журнале "Український вісник психоневрології" специальный раздел, в котором бы публиковались работы, посвященные наиболее актуальным проблемам перехода национальной психиатрии на МКБ-10. Д. м. н. *В. С. Подкорытов* огласил проект резолюции семинара-совещания, включивший в себя основные предложения по оптимизации внедрения МКБ-10 в психиатрическую практику Украины, прозвучавшие в докладах и дискуссионных выступлениях его участников. С заключительным словом выступил д. м. н., проф. *А. П. Чуприков*, который подвел итоги прошедшего семинара-совещания.

В рамках семинара-совещания был проведен сателлитный психофармакологический симпозиум, на котором с сообщениями о новых эффективных зарубежных психотропных препаратах выступили к. м. н. *Ю. А. Слобода* (фирма "Апджон"), д. м. н. *А. П. Чуприков* (фирма "Сервье"), *О. А. Качура* (фирма "Пфайзер"), *С. А. Паламарчук* (фирма "Органон"), а также к. м. н. *И. А. Марценковский* (в соавт. с Я. Б. Бикшаевой), рассказавший об особенностях применения финлепсина и финлепсина-ретарда в детской психиатрии.