

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
Ассоциация врачей общей практики (Семейных врачей) РФ
Ассоциация молодых медицинских специалистов

IV Ежегодная межвузовская научно-практическая конференция
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ
И ПЕРСПЕКТИВЫ-2019»

(Москва, 23 марта 2019 г.)

Сборник тезисов

Москва
2019

СБОРНИК ТЕЗИСОВ V Ежегодной межвузовской научно-практической конференции «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ-2019» -
Москва: ООО «СИНАПС», 2019 – 204 стр.
ISBN 978-5-9909002-7-1

Отв. редактор – Медведев В.Э., к.м.н., доц.

ISBN 978-5-9909002-7-1

© ООО «СИНАПС», 2019

© Авторы, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Общая медицина

Багуцкий А.Ю. Клинические особенности депрессивных и тревожных расстройств у пациентов в многопрофильном стационаре	11
Щербаков Г.И. Тревога и депрессия как коморбидные проявления у пациентов с анкилозирующим спондилитом	13
Баулина М.Е. Клинико-психологические особенности протекания панических атак у пациентов с различной соматической патологией	18
Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. Астения (протрагированная, ундулирующая) как проблема общей медицины и психиатрии	20
Пайкова А.С., Борисова Н.В., Шведова Е.А., Ушакова С.Е. Мобильность и эмоциональный статус у пациентов с синдромом старческой астении	23
Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В. Лечение коморбидной патологии в гериатрии	25

Кардиология

Задворьев С.Ф., Яковлев А.А., Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Взаимосвязь острого повреждения миокарда и уровня тревоги у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на ЭКГ	28
Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М. Взаимосвязанное влияние психологического дистресса и тревожно-депрессивных состояний на приверженность к терапии пациентов с ишемической болезнью сердца	30
Ефремова Е.В., Мензоров М.В., Машина Т.В., Серов В.А., Козлова И.В., Семёнова Е.С. Механизмы психологической защиты больных с острым коронарным синдромом	33
Сидоровская Ю.М. Современные представления о концепции когнитивного резерва в контексте изучения ишемической болезни сердца	35

Косинский В.П., Смирнова Т.В. Убеждения-мишени больных с анозогностическими реакциями, перенесших острый коронарный синдром	37
Гребень Н.Ф. К проблеме отношений больных артериальной гипертензией	40
Ефремова Е.В., Суворова С.А., Толстыга М.И., Слотвинская Л.В., Жданова М.О., Федорова М.Г. Адаптационные психологические механизмы больных с артериальной гипертензией в условия коморбидности	43
Ефремова Е.В., Шутов А.М., Габриель О.В., Игонина Н.В., Подусов А.С., Трошина И.Ю. Личностный профиль больных с артериальной гипертензией в условия коморбидности	45
Демьянчук С.В., Лозовая К.В., Лозовая Г.Ф. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республике Башкортостан	47
Дечко С.В., Ходосовская Е.В., Митьковская Н.П. Качество жизни пациентов с повышенным уровнем интерлейкина-6 на фоне интрамурального хода коронарной артерии	50
Есина Е.Ю., Лютов В.В., Цыган В.Н. Нерешенные вопросы патогенеза соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы	52
Есина Е.Ю. Изменения variability ритма сердца у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы	54
Володина О.В., Володина О.П. Методы эффективной коррекции расстройств адаптации у пациентов с нетяжелыми формами сердечно-сосудистых заболеваний	57

Пульмонология

Семенова Н.Д., Михайлова Е.А. Пациент с бронхиальной астмой: возможности интерпретативного феноменологического анализа	60
---	----

Гастроэнтерология, гепатология, диетология	
Кудемзина Т.В. К вопросу о диагностике синдрома раздраженного кишечника как психогastroэнтерологической патологии	63
Бусыгина М.С., Вахрушев Я.М., Аполонский Д.В. Оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с сопутствующим дуоденостазом	65
Ткаченко Н.В., Заика В.Г. Аффективные расстройства у девочек-подростков с ожирением в зависимости от типа пищевого поведения	67
Кононова Д.А., Лифшиц М.О. Феномен «сопротивления» в работе с пищевыми нарушениями. Диетология и психотерапия. Интегративный взгляд на проблему	70
Рогов А.В. Особенности социальной адаптации у больных с параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами	72
Эндокринология	
Шарипова Ф.К., Насимова Ш.К. Психотерапия эмоциональных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа	75
Гинекология, Сексология	
Шигапова В.И., Ягубов М.И. Психотерапия в лечении с оргазмических дисфункций у женщин	77
Коновалов В.Г. Психосинтез Р. Ассаджиоли в сексогинекологии	80
Дерматология	
Данилова А.Ю., Киреева И.П. Алопеция как проявление функциональных психосоматозов у детей	83
Худина Ю.С., Бачурина О.В. Особенности кожных проявлений у студентов с невротическими состояниями ..	85
Добаева Н.В. Анализ сексуальных расстройств у мужчин с псориазом	88

Стоматология

Сорокина Д.С. Морфофункциональные особенности зубочелюстной системы у детей с нарушениями психического развития	91
Мурачуева А.Г., Джангильдин Ю.Т., Слабковская А.Б. Клинико-психологические особенности подростков, проходящих ортодонтическое лечение	93
Ситкина Е.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В., Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. Роль личностных особенностей пациентов в формировании отношения к стоматологическому здоровью и комплаентного поведения	95
Рожкова К.И. Оценка восприятия формы центральных резцов верхней челюсти как важного элемента микроэстетики улыбки	97

Травматология. Хирургия

Ефремова Е.В., Шевалаев Г.А., Ефремов И.М., Чиндина Н.В., Люкшонкова К.А., Спорова В.Н. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных старшей возрастной группы травматологического профиля в условиях коморбидности	100
Ефремова Е.В., Шевалаев Г.А., Ефремов И.М., Новгородский В.А., Тимофеев А.А., Залялеева Ч.Р. Личностный статус больных старшей возрастной группы травматологического профиля в условиях коморбидности	102

Инфекционные болезни

Шепелева Е.В. Особенности депрессивных расстройств у пациентов с ВИЧ-инфекцией	105
Шепелева Е.В. Особенности суицидального поведения у пациентов с ВИЧ-инфекцией	107

Неврология

Бондарчук В.И. Электропунктурная диагностика и электропунктурная терапия в реабилитации психоневрологических пациентов с нарушениями сна	110
Базилевич А.В., Игнатиади А.С., Худина Ю.С. Ночные кошмары и психосоматика	112

Литвинчук Е.А., Кангина Т.Э., Буртовая Е.Ю. Оценка клинико-психологических характеристик когнитивных нарушений у лиц с хронической ишемией головного мозга, подвергшихся радиационному воздействию	114
---	-----

Психиатрия

Игумнов С.А., Сыропятов О.Г., Яновский Т.С. Эффект плацебо в психиатрической практике	117
Тер-Израелян А.Ю., Пащенко Н.Ю., Александрова О.В. Проблемы организации профилактики психических расстройств в детском и подростковом возрасте	119
Марголина И.А. Особенности расстройств пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возраста	121
Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н., Алтухова Н.Ю. Скрининговая психодиагностика расстройств пищевого поведения	124
Матвеева А.А., Мирхайидова Ю.Х. Психотерапия эмоциональных расстройств у подростков с нервной анорексией	126
Алтухова Н.Ю., Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н. Дифференцированная характеристика проявления агрессивности у пациенток с нервной анорексией	127
Арифджанова А.Б. Особенности поведения у подростков с депрессивными расстройствами	130
Судейманов Ш.Р., Бабарахимова С.Б., Инояттов А.А. Ранее выявление и превенция суицидальных тенденций у подростков	132
Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Суицидальные тенденции у подростков с депрессивными расстройствами поведения	134
Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение у девочек-подростков, склонных к побегам и бродяжничеству	136
Черникова Т.В., Туровская Н.Г., Кондратович А.В., Мещерякова К.Ю., Туровская О.Д. Использование сочинения в качестве метода диагностики представлений о будущем у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами	138

Кукенова А. Особенности комплаенса у больных с депрессивными расстройствами	140
Бурно А.М., Некрасова С.В., Зуйкова Н.А. Опыт применения методики инверсии возможностей для психотерапии апатических депрессий	142
Гончарова Е.М., Шестакова Р.А. Астения как вариант проявления ипохондрических состояний позднего возраста	145
Евдокимова Т.Е. Особенности невротических и соматоформных расстройств у шахтеров и социально-психологические факторы риска их формирования	147
Царенко Д.М., Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю. Снижение качества жизни в сфере физического здоровья у больных биполярным аффективным расстройством	152
Качаева М.А., Шишкина О.А. Органическое расстройство личности у женщин, совершивших противоправные деяния	154
Искандарова Ж.М. Гендерные особенности эмоциональной сферы у больных параноидной шизофренией	156
Осколкова С.Н. Коморбидность психической и соматической патологии в судебно-психиатрической практике	158
Ермилов О.В., Ломан В.А., Черняева Ю.А., Сергиенко К.С., Гречишкина Ю.К., Присяжнюк Е.И., Москаленко В.А., Ромасенко Л.В., Третьяков А.Ю. Особенности значений гликированного гемоглобина при различных режимах терапии шизофренией	161

Наркология

Кутарев Ф.А., Игумнов С.А. Особенности выявления потребителей психоактивных веществ в общеобразовательных учреждениях	164
Ананич П.А., Кралько А.А. Профилактика употребления психоактивных веществ среди молодежи	165
Насимова Ш.К., Бабарахимова С.Б. Исследование интернет-аддикции у подростков	168

Носачев И.Г., Носачев Г.Н. Алкоголизм как холистическая проблема общей медицины	170
Фецура И.В. Лабораторная диагностика алкоголизма	172
Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б. Терапевтическая тактика депрессивных расстройств у больных с алкогольной зависимостью	175
Хаятов Р.Б., Тиллавова Ю.М., Исрофилова С.Р. Особенности формирования генерализованных тревожных расстройств при алкогольной зависимости	177
Хаятов Р.Б. Клинико-психологические и сравнительные аспекты течения алкоголизма осложненного алкогольными психозами	178
Васильев В.О., Кривошеев А.А. Исследование соматического и психологического статуса лиц, злоупотребляющих наркотиками	180
Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И. Препарат глиатилин (холина альфостерат) в комплексной терапии героиновой наркомании	182
Клиническая и социальная психология	
Москвина Е.Б., Петрова А.С., Морозов А.М. Влияние просмотра мультфильмов на здоровье ребенка	185
Богданова А.В., Рождественская Е.А., Морозов А.М. Изменения когнитивных способностей студентов в течение семестра	187
Организация психосоматической помощи	
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Персонифицированный функциональный диагноз как основа комплексной терапии психосоматических и соматопсихических расстройств	190
Черенков А.А. Особенности этико-деонтологических аспектов в практике врача пенитенциарной системы	192
Ставропольский Ю.В. Становление психосоматической медицины в Японии	194
Муталимов А.Э., Ставропольский Ю.В. Вклад психосоматической медицины в медицинское образование в Японии	197

Носачев Г.Н. Еще раз о деменции (диагностика, терапия): медицинское право. Компетентность, ответственность	199
Именной указатель	202

Багуцкий А.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», Москва, Россия

Bagutskii A. Y.

CLINICAL FEATURES OF DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

City clinical hospital № 52, Moscow, Russia

Актуальность. Согласно данных ВОЗ, тревожные и депрессивные симптомы часто встречаются у соматических больных. Отсутствие лечения ухудшает прогноз, соматического заболевания и психического расстройства, увеличивает вероятность суицида. Необходимо разграничить проявления психических расстройств от симптомов соматического заболевания

Цель. Выявление клинических особенности депрессивных и тревожных расстройств у пациентов, находящихся на лечении в многопрофильном стационаре. Учитывая, что в составе ГКБ № 52 функционирует нефрологический центр, сравнить проявления у нефрологических пациентов с пациентами другого профиля.

Материалы и методы. В исследование были включены 380 пациентов, получавших стационарное лечение в отделениях терапевтического профиля ГКБ №52, в 2018 году. 254 женщины, 126 мужчин. 106 кардиологического, 57 ревматологического, 68 нефрологического, 149 общетерапевтического профиля. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический, клинико-anamnestический.

Результаты. Пациенты осматривались психиатром по рекомендации лечащего врача, при симптомах, затрудняющих содержание и лечение соматического пациента. Сформированы группы: Органическое депрессивное расстройство F06.36; Органическое тревожное расстройство F06.4; Депрессивные расстройства F32, F33; тревожные расстройства F40 F41.

В нефрологических отделениях преобладали тревожные расстройства у пациентов среднего возраста. Как органические 54 %, так и собственно тревожные 21%. Выявлялось беспокойство, суетливость, растерянность, нарушения сна. Охваченность тревогой варьировала от выраженного беспокойства до возбуждения на грани нарушенного сознания.

В кардиологическом отделении преобладали пациенты пожилого и старческого возраста с органическими расстройствами. 50% тревожное, 21% депрессивное. В клинической картине, помимо когнитивного снижения и изменения личности по органическому типу с выраженной астенией, физической истощаемостью, отмечались при депрессивных расстройствах: гипотимия от легкой до умеренной, моторная заторможенность, ипохондричность. При тревожных: суетливость, вегетативная лабильность, приступы паники, чрезмерная озабоченность здоровьем.

В ревматологическом преобладали депрессивные расстройства у пациентов молодого и среднего возраста, как собственно депрессивные 48%, так и органические 10%, с ангедонией, нарушениями сна, болевыми синдромами, пессимистической оценкой ситуации. Органические тревожные расстройства составили 41%, собственно тревожные расстройства менее 1%.

В отделениях общетерапевтического профиля отмечался полиморфизм расстройств. Органические тревожные

расстройства составили 39%, депрессивные 32%, тревожные 21%.

Заключение. Коморбидные соматическим, аффективные расстройства имеют специфические особенности, в зависимости от соматической патологии, требуют дифференцированного подхода в лечении. Медицинская результативность лечения коморбидных пациентов связана с настроенностью лечащих врачей, являющихся инициаторами направлений на консультацию к психиатру. Этому способствует определенный уровень психиатрических знаний врачей многопрофильного стационара, который позволяет фиксировать внимание на симптомах тревоги и депрессии.

Щербаков Г.И.

**ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ КАК КОМОРБИДНЫЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛИТОМ**

*ГБУЗ МО «Орехово-Зуевская Центральная городская
больница», Орехово-Зуево, Россия*

Shcherbakov G. I.

**ANXIETY AND DEPRESSION AS COMORBINE OF PRAVLENIA
IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS**

*State budgetary institution of health care of the Moscow Region
«Orekhovo-Zuyevskaya Central city hospital», Orekhovo-Zuyevo,
Russia*

Актуальность. Анкилозирующий спондилит (АС) – заболевание, основным клиническим проявлением которого служит воспалительное поражение аксиального скелета с постепенным его анкилозированием. Распространённость АС среди населения составляет от 0,1 до 1,4%. Социальное

значение АС определяется началом заболевания в молодом возрасте, потерей способности осуществлять важные для пациента виды деятельности и утратой профессиональной независимости, значительными затруднениями в выполнении простых бытовых двигательных навыков. Вследствие прямого воздействия заболевания изменяется личность больного, это отражается в психологическом переживании пациентом своего состояния, в снижении самооценки и уверенности в себе, неудовлетворенности своим образом жизни, развитии тревоги, враждебности, гнева и депрессии. Считается, что у пациентов с ревматическими заболеваниями, в том числе и с АС, психосоматические нарушения встречаются достоверно чаще, чем в общей популяции.

Прогноз ревматических заболеваний определяется не только их клиническими проявлениями, но и выраженностью депрессии, тревоги.

Установлено, что депрессия, являясь коморбидным состоянием, развивается параллельно системному аутоиммунному заболеванию и имеет с ним общие звенья патогенеза, а именно расстройства гипоталамо-гипофизарной нервной системы, нарушение регуляции иммунного ответа.

Таким образом, иммуновоспалительные ревматические заболевания и депрессия имеют общий провоцирующий хронический стрессовый фактор, общие звенья патогенеза и общие симптомы – боль, усталость, нарушение сна, потерю веса, снижение аппетита, снижение трудоспособности и качества жизни.

Цель исследования: оценить психосоматическое состояние (уровень тревоги, депрессии, личностной и реактивной тревожности и качество жизни) пациентов с

анкилозирующим спондилитом в группах пациентов с анемией и без анемии.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 97 мужчин с АС, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Все больные были разделены на две группы: первая группа – пациенты, с клинической выявленной анемией 47 (48,5%), вторая группа – без анемии 50 (51,5%).

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией, принятой в июне в 1964 г. (Хельсинки, Финляндия) и пересмотренной в октябре 2000 г. (Эдинбург, Шотландия) и одобрено Этическим комитетом КГМУ. От каждого пациента получено информированное согласие.

Всем больным, включенным в исследование, был выполнен общий анализ крови, железо сыворотки, С-реактивный белок (СРБ), иммуноферментным анализом исследовался ферритин, эритропоэтин, гепсидин в крови.

Уровень тревоги и депрессии оценивался по шкале HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), по шкале Спилбергера-Ханина.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2003 (лицензионное соглашение 74017-640-0000106-57177) и StatSoftStatistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11). Выбранный критический уровень значимости равнялся 5% (0,05), что является общепринятым в медико-биологических исследованиях.

Результаты и обсуждение. Анализируя статистические данные в группе пациентов с анемией у 28 (59,57%) больных не было проявлений тревоги, у 7 (14,89%) – «субклинически выраженная тревога», у 12 (25,53%) – «клинически выраженная тревога». В группе пациентов без анемии у 26 (52%) больных не было проявлений тревоги, у 10 (20%) –

«субклинически выраженная тревога», у 14 (28%) – «клинически выраженная тревога». В группе пациентов с анемией у 30 (63,82%) больных не было проявлений депрессии, у 8 (17,02%) – «субклинически выраженная депрессия», у 9 (19,14%) – «клинически выраженная депрессия». У пациентов без анемии у 31 (62%) больных не было проявлений депрессии, у 10 (20%) – «субклинически выраженная депрессия», у 18 (11%) – «клинически выраженная депрессия».

В группе пациентов с анемией, и без анемии, достоверно чаще выявлялась «клинически выраженная тревога». Это можно объяснить наличием увеличения количества обострений заболевания, ухудшением функциональной активности и качества жизни пациента.

Анализируя данные у пациентов с анемией, и без анемии, уровень тревоги и депрессии, статистически значимых различий не выявлено ($p=0,095$, $p=0,890$). Оценку депрессии никто не проводил, больные объясняют ухудшение самочувствия на фоне АС. В некоторых случаях, это приводит к усилению базисной терапии или назначении патогенетически неоправданных препаратов.

В группе пациентов с анемией выявлена сильная положительная связь между уровнем тревоги и Hb ($r=0,720$, $p=0,05$), MCV ($r=0,835$, $p=0,03$), MCHC ($r=0,791$, $p=0,03$), СРБ ($r=0,725$, $p=0,05$). Корреляционные связи между депрессией и MCHC ($r=0,710$, $p=0,05$), СРБ ($r=0,924$, $p=0,014$). В группе пациентов без анемии корреляционных связей между уровнем тревоги и Hb, MCV, MCHC, СРБ не выявлены. Выявлена сильная положительная связь между депрессией и Hb ($r=0,952$, $p=0,009$), MCV ($r=0,872$, $p=0,024$).

В группах обследованных лиц реактивная тревожность (РТ) не превышала умеренной степени выраженности: 32 (29;37) балла в группе с анемией, 34 (29;38) балла – в группе 16

пациентов без анемии. Различия между данными показателями были статистически незначимы ($p=0,260$).

Таким образом, у больных АС наблюдается «клинически выраженная тревога», зависящая от степени активности заболевания, анемического синдрома. Проблема депрессивных психоэмоциональных расстройств при ревматических заболеваниях требует междисциплинарного подхода с целью повышения эффективности лечения, сокращения длительности нетрудоспособности.

Наряду с этим, личностная тревожность (ЛТ) в группе больных АС с анемией была достоверно выше, чем аналогичный показатель пациентов группы без анемии: соответственно 37 баллов (32;39,5) и 31,5 балла (28,25;37), $p=0,001$. В группе пациентов с анемией прослеживались положительная корреляционная связь ЛТ с Hb ($r=0,276$, $p=0,05$), MCV ($r=0,344$, $p=0,03$), MCHC ($r=0,475$, $p=0,04$). При корреляционном анализе выявлена положительная корреляционная связь между СРБ и ЛТ ($r=0,827$, $p=0,032$), СРБ и РТ ($r=0,725$, $p=0,05$). В группе пациентов без анемии выявлены корреляционные связи между ЛТ и MCV ($r=0,584$, $p=0,012$), MCHC ($r=0,297$, $p=0,043$), СРБ ($r=0,359$, $p=0,013$). Корреляционных связей с РТ не выявлено.

Выводы. Данные тестирования указывают на высокие показатели личностной тревожности, что характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги, беспокойством, эмоциональной неуравновешенностью, высокой психической реактивностью на соматическую патологию. Учитывая триггерную роль психотравмы в обострениях АС, высокая личностная тревожность может формировать предпосылки для формирования более тяжёлого течения заболевания с частыми рецидивами.

Баудина М.Е.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПРОТЕКАНИЯ ПАНИЧЕСКИХ АТАК У ПАЦИЕНТОВ С
РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва,
Россия*

Baulina M.E.

**CLINICAL PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PANIC ATTACKS
IN PATIENTS WITH DIFFERENT SOMATIC PATHOLOGY**

Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

Актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно тревожно-депрессивные расстройства обходятся миру в один триллион долларов. С 1990 по 2013год число людей, страдающих от панических атак, увеличилось почти вдвое. Панические атаки могут быть как самостоятельным заболеванием, так и встречаться в ряде других непсихических заболеваний. За последние 25-30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией – прежде всего, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Панические атаки негативно влияют на внутреннюю картину болезни пациента, что затрудняет клинико-психологическую диагностику и коррекцию этого состояния. Данные, полученные в исследовании, могут быть использованы в работе врачей соматического профиля для выявления психологической составляющей возникновения и течения заболевания.

Целью работы было изучение специфики протекания панических атак у пациентов с различной соматической патологией и их влияния на тип отношения к болезни.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 4 группы пациентов, включавшие мужчин и женщин в возрасте от 30 до 60 лет: 1) пациенты с паническими атаками

(10 человек), имеющие сердечно-сосудистые заболевания; 2) пациенты без панических атак с сердечно-сосудистыми заболеваниями (10 человек); 3) пациенты с паническими атаками, имеющие гастроэнтерологические заболевания (10 человек); 4) пациенты без панических атак с гастроэнтерологическими заболеваниями (10 человек). Сердечно-сосудистые заболевания включали в себя хроническую ишемическую болезнь сердца, стенокардию, артериальную гипертензию и кардиосклероз. Гастроэнтерологические заболевания проявлялись в форме язвенной болезни желудка, хронического панкреатита, холецистита и синдрома раздраженного кишечника. Исследование проводилось на базе нескольких учреждений здравоохранения САО г. Москвы.

Методы исследования включали клиническую беседу, опросник для выявления панических атак Patient Health Questionnaire (PHQ) Panic Screening Questions (Wayne J. Katon), шкалу тревоги Гамильтона (HARS), опросник ТОБОЛ (тип отношения к болезни) и Гиссенский опросник психосоматических жалоб.

Результаты. Отмечается средняя выраженность тревожного расстройства у групп пациентов без панических атак и состояние тяжелой тревоги у остальных пациентов, особенно у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при наличии панических атак. Для пациентов без панических атак характерен преимущественно гармоничный тип реагирования на болезнь с преобладанием «чистого типа». У пациентов с паническими атаками можно выделить увеличение «смешанного» и «диффузного» типов, с преобладанием типов с интрапсихической и интерпсихической направленностью, отличающихся нарушением социальной адаптации.

Выводы:

1. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями чаще, чем страдающие гастроэнтерологической патологией, демонстрируют показатели, указывающие на психологическую и социальную личностную дезадаптацию.
2. Анализ многочисленных соматических жалоб, активно предъявляемых пациентами обеих групп, показывает их выраженный субъективный характер, не связанный с объективной картиной заболевания и выраженностью панических атак.
3. Особенности протекания панических атак зависят от типа соматического заболевания.

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.

АСТЕНИЯ (ПРОТРАГИРОВАННАЯ, УНДУЛИРУЮЩАЯ) КАК ПРОБЛЕМА ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЫ И ПСИХИАТРИИ

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»,

Самара, Россия

Клиники Самарского государственного медицинского университета, Самара, Россия

Dubitskaya E.A., Nosachev G.N.

ASTHENIA (PROTRACTED SUBSTANCE-INDUCED, UNDULIRUŦŠIE) AS A PROBLEM OF GENERAL MEDICINE AND PSYCHIATRY

Samara psychoneurological clinic, Samara, Russia

Clinics of Samara state medical University, Samara, Russia

Актуальность. Астенический синдром – стержневой синдром соматической медицины, включая психосоматические расстройства, и психиатрии при всех вариантах течения психических заболеваний, особенно затяжном и хроническом. Выделяют физическую астению преимущественно при соматических болезнях и психическую астению при психических расстройствах. Разделение это

достаточно условно, так как при затяжном и хроническом течении невозможно представить физическую астению без психической и наоборот. Психическая астения может наблюдаться как ведущий синдром при невротических и соматоформных (хроническая астения) расстройствах и расстройствах зрелой личности. Проблемы астении при соматических (в частности, в послеоперационном периоде), неврологических заболеваниях далеки от правильной диагностики и часто выступают как «преходящие деменции».

Цель – обратить внимание на протрагированные и ундулирующие варианты астении.

Материалы и методы. Структура астенического синдрома включает в себя преимущественно количественные расстройства познавательных процессов в сочетании с лабильностью, неустойчивостью эмоций и той иной степенью выраженности физической астении (слабость, вялость, усталость, мышечная моно- и гипотония). При многих системных соматических (включая послеоперационные) и неврологических заболеваниях астения, как в остром (инсульт, инфаркт, сосудистый криз и др.), так и с переходом в затяжное или хроническое течение могут расцениваться врачами как развитие деменции, особенно при клинико-психологических исследованиях (например, MMSE). Особенно много ошибок в публикациях интернистов в оценке послеоперационного периода в сосудистой хирургии, когда послеоперационные расстройства сознания (от комы до легкого оглушения) сменяется ундулирующей астенией. Другой казус: например, в подостром периоде ЧМТ) обнубиляция сменяется протрагированной астенией, которая оценивается рядом неврологов как «преходящая деменция». Третий казус характерен для геронтологии, в том числе геронтологической психиатрии, когда ундулирующую и протрагированную астению подменяют на «спутанность»

сознания», когда в одном случае нарастающая астения сменяется обнубиляцией (астенической спутанностью), в другом – наоборот.

Необходимо обратить внимание на то, что развернутая и пролонгированная астения как количественные расстройства психической деятельности весьма близки к легкому расстройству сознания. Следует согласиться с А.С.Тигановым (2008), что до настоящего времени «не утратили своей значимости описанные К.Jaspers общие признаки синдромов помрачения сознания,.. поскольку отдельные признаки могут быть компонентом других психопатологических симптомокомплексов, не имеющих никакого отношения к синдрому помрачения сознания» (с.326-327).

Результаты. Наличие всех четырех признаков свидетельствует о расстройстве сознания, наличие одного, двух и даже трех признаков может относиться к другим психопатологическим синдромам, включая когнитивные, от астении до деменции. При астении затруднения распространяется на социальный, правовой, эмоциональные и (меньше) профессиональный интеллект.

Заключение. Настала клиническая, методологическая и правовая необходимость объединить усилия неврологов и психиатров в создании единой синдромальной классификации астении, хотя бы как рабочей, без чего не может обойтись медицина в целом, а так же ургентная медицина и медицина катастроф.

Пайкова А.С., Борисова Н.В., Шведова Е.А., Ушакова С.Е.
МОБИЛЬНОСТЬ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У
ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Paykova A.S., Borisova N.V., Shvedova E.A., Ushakova S.E.
MOBILITY AND EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH
SENILE ASTHENIA SYNDROME

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

Актуальность. Качество жизни пожилых лиц снижается из-за ограниченной мобильности, дряхлости и других возраст-ассоциированных проблем. Поэтому актуальным становится выявление синдрома старческой астении (ССА), снижения мобильности и эмоционального статуса.

Цель исследования: оценить нарушения мобильности и эмоционального статуса у пациентов старше 65 лет с различной степенью ССА.

Материалы и методы: На базе ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обследовано 148 пациентов (средний возраст $78,9 \pm 13,4$ года, из них 115 женщин (88%) и 33 мужчины (22%). Пациенты были разделены на 3 группы (1 группа - 65-74 года, 2 группа - 75-84 года, 3 группа - старше 85 лет) (грант РФФИ №18-415-370007/18 «Биофизический мониторинг нарушений мобильности и риска падений жителей Ивановской области пожилого и старческого возраста в целях персонализации лечебно-реабилитационных программ и повышения качества жизни»). Для скрининга депрессии применялась Гериатрическая шкала депрессии, где степень тяжести определялась по количеству баллов, определён уровень мобильности и физической активности, выявлена степень ССА по Клинической шкале старческой астении (Clinical Frailty Scale).

Результаты: В 1 группу 65-74 лет вошло 49 человек, из них 40 женщин и 9 мужчин. У 29 чел. (59,2%) выявлена преастения, признаков депрессии не зафиксировано, 4 чел. не выходят из дома, 25 чел. выходят из дома. У 19 чел. (38,8%) из 1 группы выявлена легкая ССА и легкая степень депрессии, 4 чел. не выходят из дома, 15 чел. выходят из дома. Во 2 группу 75-84 лет вошло 50 человек, из них 34 женщины и 16 мужчин. У 23 чел. (46,0%) выявлена преастения, у 16 чел. с преастенией отмечена легкая степень депрессии, 2 чел. не выходят из дома, 21 чел. выходит из дома. У 26 чел. (52,0%) из 2 группы выявлена легкая ССА и легкая степень депрессии, 8 чел. не выходят из дома, 18 чел. выходят из дома. У 1 чел. (2,0%) из 2 группы выявлена умеренная ССА, признаков депрессии не зафиксировано, хотя пациент почти не встает с кровати. Таким образом, во 2 группе 84,0 % пациентов с легкой степенью депрессии. Следовательно, доля лиц с признаками депрессии в данной группе составляет 42 чел. (84,0%), что достоверно превышает показатели 1 гр. ($\chi^2=19,532$ при $p<0,05$), доля лиц с ограничением мобильности 11 чел. (22,0%). В 3 группу вошло 48 человек, из них 41 женщина и 7 мужчин. У 18 чел. (37,5%) выявлена преастения, у 15 чел. с преастенией отмечена легкая степень депрессии, 1 чел. не выходят из дома, 17 чел. выходит из дома. У 23 чел. из 3 группы выявлена легкая ССА (47,9%), у 20 чел. из них легкая степень депрессии, 11 чел. не выходят из дома, 12 чел. выходят из дома. У 6 чел. из 3 группы выявлена умеренная ССА и у 1 чел. тяжелая ССА, у 7 чел. (12,5%) отмечена средняя степень депрессии, все пациенты не выходят из дома.

Заключение: Распространенность гериатрических синдромов увеличивается по мере перехода к более старшим возрастным группам. В группе лиц старше 85 лет доля ССА составляет 30 чел. (62,5%), что достоверно превышает показатели 1 гр. ($\chi^2=1,516$ при $p=0,218$), доля лиц с

признаками депрессии в данной группе составляет 42 чел. (87,5%), что достоверно выше показателей 1 гр. ($\chi^2=18,331$ при $p<0,05$), доля лиц с ограничением мобильности 19 чел. (39,6%), что достоверно выше показателей 1 гр. ($\chi^2=5,423$ при $p=0,02$).

Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В.

ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ГЕРИАТРИИ

ГУ «Гериатрический дом-интернат» ЛНР, Луганск, Украина

ГУ ЛНР «Гериатрический пансионат ветеранов войны и труда», Луганск, Украина

Vishnyakov U.V., Desyatnichenko I.V.

TREATMENT OF COMORBID PATHOLOGY IN GERIATRICS

*Lugansk geriatric boarding house veterans of war and labor,
Lugansk, Ukraine*

Lugansk geriatric house, Lugansk, Ukraine

Актуальность. Коморбидность - наличие у пациента не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и диагностироваться независимо. Наиболее частой (до 50%) в гериатрии является общемедицинская коморбидность, т.е. сочетание психического и соматоневрологического расстройств, что утяжеляет состояние и ухудшает прогноз пациентов, снижает приверженность лечению, повышает риск побочных эффектов, увеличивает затраты ресурсов. Расширение исследований по данной проблеме оптимизирует стратегии ведения коморбидных болезней в гериатрии.

Цель. Определить алгоритм ведения тревожно-депрессивных расстройств в условиях коморбидности у подопечных гериатрических интернатов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 подопечных с коморбидной патологией из двух

гериатрических интернатов г. Луганска. Клинико-психопатологическое обследование проводилось посредством госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), мини-шкалы оценки психического состояния в когнитивной сфере (MMSE), шкал общего клинического впечатления (CGI, PGI). Оценивался также индекс коморбидности Charlson (ICh).

В исследовании приняли участие пациенты пожилого (60-74 лет) и старческого возраста (75-90 лет) с равномерным распределением по полу. Сумма баллов по MMSE была выше 21, т.е. обследованные не имели грубых когнитивных нарушений. Все пациенты имели отягощенность анамнеза соматоневрологическими заболеваниями (в среднем по ICh 16 баллов). В 50% случаев выраженность тревожно-депрессивных расстройств была легкой и средней по шкале HADS. В 50% случаев клинически очерченных аффективных нарушений не отмечалось. Все пациенты получали курсовое 60-дневное лечение современными антидепрессантами в минимальных терапевтических дозах (тразодон, эсциталопрам, венлафаксин – с учетом переносимости) в сочетании с соматической терапией. Терапевтический эффект считался положительным при оценке по шкалам CGI, PGI в 2 балла.

Результаты. Положительный эффект терапии отмечался у большинства пациентов в обеих группах (87% в первой и 60% во второй). Это проявлялось улучшением сна и аппетита, редукцией гипотимии, тревоги, моторной заторможенности, ипохондричности, соматовегетативных нарушений, астении, сглаженностью колебаний АД, повышением коммуникативности в условиях интерната. Выраженных побочных эффектов не отмечалось. Среди контингента домов-интернатов депрессивные нарушения часто коморбидны сердечно-сосудистым заболеваниям, патологии эндокринной системы и неврологическим расстройствам. При этом взаимно осложняется течение коморбидной

патологии, изменяется фармакокинетика лекарственных средств. Это диктует необходимость применения эффективных антидепрессантов, обладающих минимумом побочных эффектов и потенциалов межлекарственного взаимодействия. Полученные данные свидетельствуют о терапевтическом эффекте современных антидепрессантов на гериатрический статус состояния здоровья, что позволяет использовать их в комплексном общесоматическом лечении еще до возникновения клинически очерченных аффективных состояний.

Выводы. Одной из оптимальных стратегий ведения коморбидных расстройств в гериатрии, в частности среди подопечных домов-интернатов, может быть раннее курсовое назначение современных антидепрессантов и включение их в общесоматические схемы лечения.

**Задворьев С.Ф.¹, Яковлев А.А.², Дорофейкова М.В.³,
Петрова Н.Н.³**

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА И
УРОВНЯ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ**

*¹ – СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»,
Санкт-Петербург, Россия*

*² - ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
университет», Санкт-Петербург, Россия*

*³ - ФГБУН «Институт эволюционной физиологии и биохимии
им. И.М. Сеченова» РАН, Санкт-Петербург, Россия*

**Zadvorev S.F.¹, Yakovlev A.A.², Dorofeikova M.V.³,
Petrova N.N.³**

**RELATIONSHIP BETWEEN AN ACUTE MYOCARDIAL INJURY
AND LEVEL OF ANXIETY IN PATIENTS WITH NON-ST
ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME**

*¹ - Saint-Petersburg state budgetary healthcare institution «City
hospital №2», Saint-Petersburg, Russia*

² - Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

*³ - Sechenov Institute of Evolutionary physiology and
biochemistry, Russian Academy of Sciences, Saint-Petersburg,
Russia*

Актуальность: Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями и высоким уровнем тревоги составляют группу высокого риска фатальных и нефатальных сосудистых катастроф. Тревога ассоциирована с высокой частотой госпитализаций и обследований в связи с подозрением на острые сосудистые события. Однако данных о влиянии тревоги на тяжесть течения сосудистых катастроф, в частности, инфаркта миокарда, недостаточно.

Цель: Проанализировать особенности динамики и уровня биомаркера повреждения миокарда тропонина I у больных с

разной выраженностью тревоги, госпитализируемых с подозрением на острый коронарный синдром без подъема ST (ОКСбпST).

Материалы и методы: У 86 больных, госпитализированных с подозрением на ОКСбпST и имеющих исходный уровень ТnI ниже 130 нг/л, уровень тревоги оценивали с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Уровень сердечного тропонина I (ТnI) оценивали высокочувствительным методом с помощью иммунохимического анализатора Abbott Architect (Abbott Inc., США) в динамике при поступлении в стационар через 12 часов и, при необходимости, в динамике. Статистическая обработка результатов проедена при помощи корреляционного анализа по Спирмену и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты: Низкий уровень тревоги был выявлен у 47 (54,7%), субклинически выраженная тревога – у 17 (19,8%), клинически выраженная – у 22 пациентов (25,5%). ОКСбпST был подтвержден у 29 пациентов (33,7%). Вероятность подтверждения ОКСбпST не коррелировала с выраженностью тревоги (7,79±3,87 балла при подтвержденном ОКС против 7,98±4,00 балла при исключенном, $p=0,41$), но у лиц с подтвержденным ОКСбпST уровень тревоги по HADS прямо пропорционален риску инфаркта миокарда (9,83 ±3,61 балла против 7,08±3,96 балла в группе с неразвившимся острым повреждением миокарда, $p=0,035$). Среди пациентов с подтвержденным ОКСбпST доля ОИМ составила 40% в группе низкого уровня тревоги, 67% в группе субклинически выраженной тревоги, 100% в группе клинически выраженной тревоги ($p=0,028$ для различий между группами). Динамика сывороточного уровня ТnI в первые 12 часов госпитализации была достоверно ассоциирована с выраженностью тревоги (средний прирост ТnI в группе нормы – 297±1247 нг/л, в группе субклинической тревоги –

4040±12540 нг/л, в группе клинически выраженной тревоги - 7108±25493 нг/л, $p=0,035$).

Заключение: Клинически выраженная тревога широко представлена среди пациентов, госпитализируемых с подозрением на ОКСбпСТ, и ассоциирована с более выраженным приростом маркера повреждения миокарда в течение первых часов госпитализации. Своевременная диагностика состояний, ассоциированных с высоким уровнем тревоги, улучшает стратификацию риска ОИМбпСТ у пациентов, не имеющих исходного повышения уровня ТнI, поступающих с инфарктом миокарда «в ходу». Необходимы дальнейшие проспективные исследования оценки эффективности психотерапии и симптоматической психофармакотерапии при лечении больных с ОКСбпСТ.

Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М.

**ВЗАИМОСВЯЗАННОЕ ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ДИССТРЕССА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
СОСТОЯНИЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Abdumalikova F.B., Nurillaeva N.M.

**THE INTERRELATED INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL
DISTRESS AND ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS ON
ADHERENCE TO THERAPY OF PATIENTS WITH ISCHEMIC
HEART DISEASE**

Tashkent medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность. Изучение приверженности больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) к основной терапии с психосоматической точки зрения предусматривает анализ психологических особенностей пациента, поведенческий тип личности, структуры коморбидных психоэмоциональных

расстройств и влияние данных факторов на комплаентность пациентов к лечению.

Цель. Оценить взаимосвязанное влияние личностных особенностей и психологических характеристик пациентов с ИБС на степень приверженности к терапии.

Материалы и методы. Анкетирование проведено среди 102 пациентов с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения (СН) ФК II-III, обеих полов, возраст которых в среднем составил $59+7,23$ лет. С целью оценки степени приверженности (СП) к лечению был применен модифицированный опросник MMAS-8-Item (Morisky Medication Adherence Scale, 2008). Определение уровня психоэмоционального статуса проводилось с помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии - HADS (Hospital Anxiety and Depression scale). Для определения наличия психологического дистресса в виде личностного типа Д использовался опросник “The Type D scale” (DS14). Опросник DS14 состоит из двух субшкал: негативная возбудимость (negative affectivity — NA) и социальное ингибирование (social inhibition — SI).

Результаты. Анализ психоэмоционального статуса пациентов с ИБС показал, что у большинства больных (77,4%) диагностировались коморбидные тревожно-депрессивные состояния (ТДС) различной степени выраженности. У 29 (28,4%) диагностировали депрессию, из них 16 (15,6%) имели субклинически выраженную (СКВ) и 13 (12,7%) клинически выраженную (КВ). 22 (21,5%) пациента были с тревогой, из них 19 (18,6%) с СКВ и 9 (8,8%) с КВ. А также, у 28 (27,4%) больных выявлено достоверное преобладание смешанных ТДС ($p<0,05$). По результатам проведенного анкетирования с целью выявления личностных характеристик пациентов с ИБС, отмечено: типом личности Д обладали 28 (27,5%) исследуемых, показатели которых составили $NA-13,7\pm 0,3$ и $SI-14,2\pm 0,3$ баллов по DS-14, по сравнению с таковыми при типе не Д ($NA-5,9\pm 0,06$ и $SI-6,7\pm 0,06$ баллов). Особенностью

лиц с наличием данного типа является склонность испытывать негативные эмоции в повседневной жизни и подавлять их выражение в социальных взаимодействиях, что проявляется предрасположенностью к проявлениям психологического дистресса.

При обработке данных пациентов со СН по опроснику MMAS-8 был подсчитан суммарный балл СП к лечению, который составил в среднем $3,1 \pm 0,74$ баллов, тогда как комплаентными считаются больные, набравшие 6-8 балла, что указывает на низкую СП к терапии. При оценке влияния психологического дистресса на комплаентность установлено, что у личности с типом Д ($n=28$) СП составила в среднем $2,13 \pm 0,58$ баллов, тогда как у пациентов с отсутствием типа Д ($n=74$) этот показатель статистически значимо был выше и составил $4,07 \pm 0,89$ баллов ($p < 0,005$). Оценка взаимосвязанного влияния ТДС и психологического дистресса на СП к терапии пациентов с ИБС, показала, что у типа Д при отсутствии ТДС уровень комплаентности составил $2,10 \pm 0,56$ балла, однако, самые не приверженные лица были с сочетанием дистрессорного типа Д и депрессии у которых СП к лечению снижалась в 3,4 раза и составила $1,52 \pm 0,32$ баллов. Несмотря на то, что больные без типа Д относительно лучше выполняют предписания врачей, при наличии депрессии и смешанных ТДС у них значительно снижается СП до $2,27 \pm 0,60$ и $3,74 \pm 0,79$ баллов, соответственно, против $5,40 \pm 0,98$ балла у данной группы без ТДС ($p < 0,005$).

Заключение. Таким образом, личностный тип Д и смешанных ТДС, в особенности депрессия являются независимыми предикторами низкой приверженности, тогда как сочетания психологического дистресса и ТДС в 3,4 раза увеличивает риск невыполнения рекомендаций по длительной терапии у пациентов ИБС.

Ефремова Е.В.¹, Мензоров М.В.^{1,2}, Машина Т.В.^{1,2}, Серов В.А.¹, Козлова И.В.¹, Семёнова Е.С.¹

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

¹ - ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

² - Центр Кардиохирургии «Альянс Клиник», Ульяновск, Россия

Efremova E.V.¹, Menzorov M.V.^{1,2}, Mashina T.V.^{1,2}, Serov V.A.¹, Kozlova I.V.¹, Semenova E.S.¹

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

¹ - Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

² - Cardiac Surgery Center "Alliance Clinics", Ulyanovsk, Russia

Актуальность. Психологическая адаптация больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), во многом определяет успешность реабилитации и приверженность к долгосрочной терапии. Выделение групп пациентов, имеющих тревожно-депрессивные расстройства, нарушения адаптации, необходимо в условиях пациент-ориентированной медицины.

Цель: изучить механизмы психологической защиты и личностный статус больных с ОКС.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных (20 женщин и 60 мужчин, средний возраст $61,6 \pm 10,3$ лет) с ОКС экстренно госпитализированных в отделение кардиологии ГУЗ «ЦГКБ г.Ульяновска», которым в экстренном порядке проводилось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием в кардиохирургическом отделении «Альянс Клиник». На момент госпитализации 61 (76%) больных имели ОКСбпСТ, 19 (24%) – ОКСпСТ. Диагностику ОКСпСТ и ОКСбпСТ осуществляли согласно рекомендациям Российского кардиологического общества и Европейского общества кардиологов (ESC) (2015, 2017). До госпитализации все

больные в анамнезе имели сердечно-сосудистую патологию: 76 (95%) больных - артериальную гипертензию, 65 (81%) - ишемическую болезнь сердца. Психологическое тестирование проводили на 3-й день госпитализации. Для определения механизмов психологической защиты использовалась методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте (Plutchik R., Kellerman H., 1979). Для оценки личностного профиля использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Zigmond AS, Snaith RP, 1983).

Результаты. При исследовании личностного профиля у 18 (23%) больных выявлена субклиническая тревога, у 15 (19%) – клинически выраженная тревога. У 17 (21%) больных наблюдалась субклинически выраженная депрессия, у 14(18%) – клинически выраженная депрессия. В аспекте регулятивной системы стабилизации личности в патологических условиях напряженность всех защитных механизмов у больных с ОКС не превышала 60 стандартных баллов. Наиболее напряженными у больных с ОКС были механизмы по типу «проекция» ($53,7 \pm 26,2\%$), «отрицание» ($46,9 \pm 18,9\%$) и «рационализация» ($36,1 \pm 16,3\%$). Наличие у больных с ОКС высоких показателей механизма психологической защиты по типу «отрицание» показывает неприятие самого факта заболевания как сознательно неприемлемого. Наличие более низких показателей по типу «регрессия» ($14,1 \pm 7,9\%$) и «замещение» ($14,3 \pm 7,7\%$) свидетельствует о дезадаптации личности к патологическому состоянию в связи с невозможностью повлиять на факторы, провоцирующие и усугубляющие психотравмирующую ситуацию.

Выводы: Для больных с ОКС характерна дезадаптация, неприятие, отрицание факта заболевания на фоне тревожно-депрессивного состояния, что необходимо учитывать при разработке программы кардиореабилитации больных с ОКС.

Сидоровская Ю.М.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КОНЦЕПЦИИ
КОГНИТИВНОГО РЕЗЕРВА В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Научный руководитель: Еремина Д.А.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
университет», Санкт-Петербург, Россия*

Sidorovskaya Yu.M.

**MODERN VIEWS OF THE CONCEPT OF COGNITIVE
RESERVE IN THE CONTEXT OF STUDYING ISCHEMIC
HEART DISEASE**

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

По данным ВОЗ, ведущей причиной смерти среди всех заболеваний в современном мире по-прежнему остается ишемическая болезнь сердца (ИБС), представляющая собой нарушение кровоснабжения ткани миокарда, вызванное поражением коронарных артерий, и инсульт (ВОЗ, 2017). Несмотря на значительное снижение частоты развития тяжелых неврологических осложнений у кардиохирургических пациентов, легкие послеоперационные неврологические расстройства, в первую очередь снижение уровня когнитивного функционирования, остаются широко распространенной и требующей детального изучения проблемой (Зуева И.Б., 2011; Wolters F. et al., 2018). В связи с этим были предприняты попытки определения значения различных факторов для состояния когнитивных функций пациентов с ИБС в процессе лечения и реабилитации. Среди таких факторов принято рассматривать: уровень когнитивного резерва (КР), депрессивные и тревожные расстройства, алекситимия, длительность искусственного кровообращения и др. Однако, механизмы формирования

тех или иных когнитивных нарушений у кардиохирургических пациентов остаются недостаточно изученными, что ограничивает возможности эффективной реабилитации и восстановительного лечения больных ИБС.

На сегодняшний день одной из концепций, предложенных для решения этой проблемы, является концепция когнитивного резерва (КР), который представляет собой способность головного мозга к функционально-компенсаторным механизмам, способствующим минимизации последствий влияния на когнитивные функции тех или иных повреждений и патологических процессов (Stern Y., 2002).

Что касается связи когнитивного резерва и прогноза ИБС, то одним из основных патогенетических факторов нейрокогнитивного дефицита у пациентов с сердечно-сосудистой патологией является нарушение церебральной перфузии в тех или иных отделах головного мозга (Ефимова Н. Ю., 2010; P. Elwood et al., 2002), пациенты с ИБС с высшим образованием реже имеют когнитивные расстройства за счет более высокого уровня КР. Данный факт может напрямую указывать на связь уровня КР с риском развития когнитивных нарушений при имеющейся ИБС, а также после проведения высокотехнологичных операций на сердце. Однако факторы, влияющие на прогрессирование когнитивных нарушений у данного контингента пациентов, до сих пор представляются малоизученными.

Также представляется актуальным вопрос о соотношении нарушений эмоционального спектра и когнитивной дисфункции в контексте изучения ИБС. Согласно полученным ранее данным на выборках больных с рассеянным склерозом (РС), алекситимия (как одно из наиболее встречающихся эмоциональных расстройств у

кардиохирургических пациентов), по всей видимости, связана с уровнем КР (Chalah M. et al., 2017).

В связи с вышесказанным проблема выделения прогностических факторов, влияющих на динамику нейрокогнитивных и эмоциональных нарушений, а также связи уровня когнитивного резерва и степени эмоционально-психологических расстройств у пациентов с ИБС представляется актуальной и малоизученной на сегодняшний день. Подобные исследования уже были проведены на выборках больных с РС, однако основные механизмы представляются нераскрытыми и требуют дальнейшего изучения в дальнейшем. В частности, планируется провести исследование с применением аналогичных методик для уточнения характера этой связи и механизмов взаимовлияния друг на друга на выборке больных с ИБС.

Косинский В.П., Смирнова Т.В.

**УБЕЖДЕНИЯ-МИШЕНИ БОЛЬНЫХ С
АНОЗОГНОСТИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ**

*СПб ГБУЗ «Александровская больница», г. Санкт-Петербург,
Россия*

Kosinskiy, V. P., Smirnova T. V.

**BELIEFS OF THE PATIENTS WITH ANOSOGNOSTIC
REACTIONS WHO TRANSFERRED AN ACUTE CORONARY
SYNDROME**

«Alexander's hospital», Saint-Petersburg, Russia

Актуальность. Личность больного, перенесшего острый инфаркт миокарда, может реагировать на это событие пятью известными реакциями. Выделяются кардиофобические реакции, когда пациенты испытывают постоянный «страх за

сердце», депрессивные реакции, сопровождающиеся чувством безысходности и тоски, ипохондрические реакции, характеризующиеся выраженным несоответствием количества жалоб и объективным соматическим состоянием, истерические реакции, сопровождающиеся выраженным стремлением привлечь к себе внимание и вызвать сочувствие окружающих и анозогностические реакции, когда больной игнорирует болезнь, рекомендации врачей, грубо нарушает режим и т.д. Наиболее опасной представляется анозогностическая реакция, т.к. чаще всего при ней большой вероятностью можно ожидать повторного инфаркта и развития необратимых соматических последствий.

Целью работы было разработать памятку с рекомендациями для больных с ОКС, которой они могли бы пользоваться после выписки из стационара скорой помощи в повседневной жизни.

Материалы и методы. Для обнаружения мишеней воздействия у пациентов перенесших ОИМ, нами был разработан специальный опросник, состоящий из 25 заведомо ложных утверждений, с целью возможно быстрого начала психокоррекционной работы.

Результаты. Данный опросник был опробирован на 10 пациентах, перенесших повторный ОИМ, в возрасте от 40 до 60 лет. В качестве контрольной группы были опрошены сотрудники, работающие в отделениях больницы, такого же возрастного состава и половой принадлежности. Необходимо подчеркнуть, что данный опросник, в целом, не выявил различия между группами, хотя несколько заведомо ложных убеждений явно отличались между контрольной и группой больных. Например, утвердительный ответ на утверждение «ограничения делают меня несвободным» чаще наблюдалось в

группе больных, перенесших инфаркт миокарда. Мы и не ставили перед собой задачи создать опросник, который мог бы обладать какой-либо прогностической ценностью, поскольку «люди в большинстве своем иррациональны, их убеждения часто лишены логики и совершают труднообъяснимые поступки» (А. Эллис).

Например, человеку, соглашающемуся с убеждением «ограничения делают меня несвободным» желательно уйти от этого убеждения, заменив его более здоровым. В частности, в этой памятке приводятся примеры существования многочисленных философских школ, которые занимались вопросами волеизъявления личности, понятиями свободы и несвободы, осознанием человеком ограниченности своей свободы и связанным с ней чувством ответственности. Также в этой памятке ставится вопрос о главном отличии подростка от взрослого, которое заключается в том, что взрослый постоянно стоит перед выбором, и вынужден нести ответственность за свой выбор. И в результате, постепенно, пациент приходит к новому, более конструктивному убеждению в том, что те ограничения, которые он вынужден принять, не только не делают его несвободным, а в значительной степени могут улучшить качество его жизни на данном этапе.

Заключение. Дальнейшее исследование роли когнитивной терапии в лечении пациентов с ОКС представляется нам очень перспективным, поскольку проблемы психической адаптации пациента к заболеванию является ключевой и напрямую влияет на прогноз заболевания и качество жизни пациента.

Гребень Н.Ф.

**К ПРОБЛЕМЕ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика
Беларусь*

Hreben N.F.

**THE PROBLEMS OF RELATIONS IN HYPERTENSIVE
PATIENTS**

*Researcher of the State Institution "Mental Health Center", Minsk,
Republic of Belarus*

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться прицельным объектом медико-психологических исследований и в XXI веке. Однако среди ряда психологических факторов данного заболевания недостаточно изученной остается система отношений гипертонических больных.

При рассмотрении отношений мы будем оперировать к теории личности В.Н. Мясищева, который определял личность человека как систему отношений к миру, другим людям, самому себе (В.Н. Мясищев, 1995).

Цель исследования: изучить особенности отношений у больных АГ.

Материалы и методы. В исследование приняли участие 50 больных АГ: 33 женщины и 17 мужчин. Средний возраст по выборке – $47,6 \pm 7,69$ лет. В контрольную выборку вошли 50 здоровых человек, т. е. не страдающих хроническими психосоматическими заболеваниями. Среди них – 27 мужчин и 23 женщины, средний возраст – $41,2 \pm 6,92$.

В исследовании были задействованы три методики. Для выявления особенностей отношений к миру –

модифицированный опросник «Тест Т.В. Дембо-С.Я. Рубинштейн»; особенностей отношений к другим людям – «Диагностики межличностных отношений»; отношения к себе – «Рисунок несуществующего животного.

Результаты и обсуждение. Изучение отношения к миру предполагало оценку степени удовлетворенности по таким показателям, как богатство, трудовая деятельность, трудовой коллектив, семья, я сам. Выяснилось, что наибольшую удовлетворенность больные АГ связывают с отношениями, которые у них складываются в трудовом коллективе, затем с отношениями в семье. Третью позицию занимает удовлетворенность своей трудовой деятельностью, четвертую – самим собой, и пятую – материальным достатком.

Статистически подтвердились различия по шкале – «Богатство» ($U=394$; $p=0,014$), которые подчеркивает, что материальные ценности для хронически больных людей менее значимы, чем для людей здоровых.

Для больных АГ наиболее характерны такие стили построения межличностных отношений как «Альтруистичный» и «Дружелюбный», несколько менее «Авторитарный». Это характеризует их как людей с выраженной готовностью помогать другим, склонных приносить в жертву свои интересы, сострадательных, ответственных, дружелюбных, любезных, ориентированных на социальное принятие и одобрение, уверенных и стремящихся к лидерству в отношениях.

Проверка гипотезы о достоверности различий межличностных отношений у больных АГ и здоровых показала, что по трем октантам различия являются статистически значимыми: «Подчиняемый» ($U=417$; $p=0,028$), «Дружелюбный» ($U=422,5$; $p=0,034$), «Альтруистичный» ($U=241$;

$p=0,001$). Данные различия указывают на то, гипертонические больные, больше чем здоровые проявляют выраженную готовность помогать другим людям, сострадать, брать на себя ответственность и приносить в жертву свои интересы; больше чем здоровые больные стремятся быть дружелюбными и любезными, ориентируются на социальное принятие и социальное одобрение, имеют развитые механизмы вытеснения и подавления; также считают, что они больше склонны подчинятся другим людям в силу своей доверчивости, вежливости, мягкости.

Самоотношения у больных АГ выяснялось в ходе беседы по рисунку несуществующего животного. Респонденту необходимо было ответить на вопрос: нравится или не нравится ему нарисованное животное. Удалось выявить, что у большинства больных артериальной гипертензией наблюдается позитивное самоотношение, связанное с приятием себя как личности: 72,5 % к 27,5 %.

Проверка гипотезы о значимости данных различий показала, что они не подтвердились: «Самоотношение» ($U=1026$; $p=0,079$). Но, все же можно говорить, что прослеживается тенденция неприятия себя в большей степени характерная для больных АГ, чем здоровых.

Выводы. Система отношений больных АГ отличается от таковой у здоровых в большей степени на уровне отношений с другими людьми. Особенности межличностных отношений гипертонических больных можно рассматривать как психосоциальный фактор в развитии АГ. Полноценное лечение данных больных должно включать и психологическую коррекцию их межличностных отношений.

**Ефремова Е.В.¹, Суворова С.А.², Толстыга М.И.²,
Слотвинская Л.В.², Жданова М.О.², Федорова М.Г.²**

**АДАПТАЦИОННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯ
КОМОРБИДНОСТИ**

*¹ - ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
Ульяновск, Россия*

*² - ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи имени
заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», Ульяновск,
Россия*

**Efremova E.V.¹, Suvorova S.A.², Tolstyga M.I.², Slotvinskaya
L.V.², Zhdanova M.O.², Fedorova M.G.²**

**ADAPTATION PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF
HYPERTENSIVE PATIENTS WITH COMORBIDITY**

¹ - Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

*² - Ulyanovsk Regional Clinical Center for Specialized Medical
Services, Ulyanovsk, Russia*

Актуальность. Психологическая защита и копинг-стратегии являются неотъемлемыми способами реагирования на стрессовые ситуации. Адаптационные процессы при хронических заболеваниях, в том числе при артериальной гипертензии (АГ), зависят от личностных особенностей пациента и коморбидности, что во многом определяет долгосрочную приверженность к врачебным рекомендациям.

Цель исследования: изучить адаптационные психологические механизмы у пациентов с АГ в условиях коморбидности.

Материалы и методы: Обследован 191 больной (70 женщин и 121 мужчина, средний возраст 61,8±9,3 лет) с АГ. АГ диагностировали и оценивали согласно Клинических рекомендаций Российского медицинского общества по

артериальной гипертонии (2016г.). Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и расценивали как высокую при $ИК \geq 6$ баллов. Для оценки адаптационных психологических механизмов использовались «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте (Plutchik R., Kellerman H., 1979) и «Копинг-тест» (Lazarus R.S., Folkman S., 1984).

Результаты. ИК составил $5,0 \pm 2,1$ балла у больных с АГ. Наиболее напряженными механизмами психологической защиты у больных с АГ являлись «проекция» ($49,1 \pm 14,5\%$), «рационализация» ($36,6 \pm 11,3\%$). В группе больных с высокой коморбидностью по сравнению с группой с низкой коморбидностью более напряжены примитивные и дезадаптивные психологические защитные механизмы по типу «регрессия» ($19,1 \pm 7,3$ и $13,8 \pm 5,0\%$ соотв., $p=0,04$) и «замещение» ($14,4 \pm 6,9$ и $8,5 \pm 2,4\%$ соотв., $p=0,01$). Преобладающими типами копинг-механизмов больных с АГ независимо от выраженности коморбидности являлись конструктивные и относительно конструктивные: планирование ($63,3 \pm 12,5\%$), принятие ответственности ($59,5 \pm 13,4\%$), поиск социальной поддержки ($56,4 \pm 12,9\%$). У больных с высокой коморбидностью выявлены прямые связи неконструктивных копинг-стратегий (конфронтативный, бегство-избегание) с механизмами психологической защиты по типу регрессии ($r=0,33$, $p=0,003$), проекции ($r=0,29$, $p=0,03$) и замещения ($r=0,36$, $p=0,001$). Для больных с низкой коморбидностью характерны прямые связи конструктивных копинг-стратегий (планирование решения, положительная переоценка, поиск социальной поддержки) с механизмами психологической защиты по типу рационализации ($r=0,49$, $p<0,0001$), гиперкомпенсации ($r=0,34$, $p=0,012$), отрицания ($r=0,34$, $p=0,012$).

Выводы: Коморбидность оказывает негативное влияние на адаптационные возможности больных с АГ. Пациенты с

высокой коморбидностью характеризуются примитивными, дезадаптивными механизмами психологической защиты, неконструктивными копинг-стратегиями. Единые адаптационные процессы у больных с АГ в зависимости от коморбидности следует учитывать при выборе тактики ведения данной группы больных и прогнозировании приверженности к лечению.

Ефремова Е.В.¹, Шутов А.М.¹, Габриель О.В.², Игонина Н.В.³, Подусов А.С.¹, Трошина И.Ю.¹

ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯ КОМОРБИДНОСТИ

¹ - ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

² - Поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД по Ульяновской области», Ульяновск, Россия

³ - ООО Клиника «Медсовет», Ульяновск, Россия

Efremova E.V.¹, Shutov A.M.¹, Gabriel O.V.², Igonina N.V.³, Podusov A.S.¹, Troshin I.Yu.¹

ADAPTATION PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF HYPERTENSIVE PATIENTS WITH COMORBIDITY

¹ - Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

² - Medical and sanitary part of the Ministry of Internal Affairs of the Ulyanovsk region, Ulyanovsk, Russia

³ - Clinic «Medsovet», Ulyanovsk, Russia

Актуальность. Коморбидность, как неотъемлемая часть современной клиники внутренних болезней, негативно влияет на качество жизни прогноз больных, кроме того, определяет наличие новых клинико-психологических симптомов. Личностные особенности при артериальной гипертензии (АГ) в условиях коморбидности изучены недостаточно.

Цель: изучить личностные особенности пациентов с АГ в условиях коморбидности.

Материалы и методы: Обследован 191 больной (70 женщин и 121 мужчина, средний возраст $61,8 \pm 9,3$ лет) с АГ. АГ диагностировали и оценивали согласно Клинических рекомендаций Российского медицинского общества по АГ (2016г.). Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и расценивали как высокую при $ИК \geq 6$ баллов. Для оценки личностного статуса использовалась проективная методика - тест восьми влечений Сонди (в модификации Собчик Л.Н., 2002), опросник Мини-мульти (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., 1976); опросник акцентуации личности по К.Леонгарду (Leonhard K., 1968).

Результаты. ИК составил $5,0 \pm 2,1$ балла у больных с АГ. По результатам проективной методики у больных с АГ преобладали средние типы реакции, что отражает отсутствие патологически выраженных характерологических черт. Независимо от выраженности коморбидности у больных с АГ наблюдалось сочетание выраженности факторов Н+ (сексуальная напряженность) и М+ (маниакальность), что демонстрирует повышенную тревожность, неустойчивую мотивацию, эмоциональную лабильность, трудности адаптации. У больных с высокой коморбидностью по сравнению с больными с низкой коморбидностью наиболее выражен фактор D- (депрессивное состояние) ($1,8 \pm 0,2$ и $1,4 \pm 0,2$, баллов соотв., $p = 0,03$) и фактор Р- (параноидальность) ($1,8 \pm 0,5$ и $1,4 \pm 0,9$, баллов соотв., $p=0,03$). По результатам многомерной диагностики больные с АГ с высокой коморбидностью по сравнению с больными с низкой коморбидностью, обладали более высоким профилем, характерным для ипохондрического синдрома: повышение профиля по шкалам депрессии ($61,2 \pm 12,4$ и $51,7 \pm 11,9$ баллов соотв., $p < 0,0001$), шизоидности ($60,9 \pm 9,6$ и $62,1 \pm 9,6$ баллов

соотв., $p=0,001$), психастении с максимальным подъемом по шкале ипохондрии ($77,1\pm 16,2$ и $71,7\pm 9,6$ баллов соотв., $p=0,02$). Преобладающим типом акцентуации характера у больных с АГ независимо от степени коморбидности являлся эмотивный ($13,1\pm 4,3$ балла). У больных с высокой коморбидностью по сравнению с низкой коморбидностью более высокие показатели по шкале «дистимный тип» ($14,6\pm 2,5$ и $11,2\pm 4,2$ балла соотв., $p=0,005$), что свидетельствует о сниженном эмоциональном фоне и замкнутости.

Выводы. У больных с АГ высокий уровень коморбидности способствует усилению ипохондрических и депрессивных реакций, снижению мотивации, адаптации, зацикливанию на негативных сторонах жизни, что необходимо учитывать при междисциплинарном подходе к данной категории больных.

Демьянчук С.В., Лозовая К.В., Лозовая Г.Ф.
**ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ
БАШКОРТОСТАН**

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский
университет» МЗ РФ, Уфа, Россия*

Demyanchuk S.V., Lozovaya K.V., Lozovaya G.F.
**THE INFLUENCE OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS ON
THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS
CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE REPUBLIC OF
BASHKORTOSTAN**

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Актуальность: Психологический статус кардиологических больных отличается особенностями, в связи с тем, что

сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) содержат психосоматическую составляющую. Для данной группы больных характерно состояние эмоционального напряжения, возникающее не столько во время психоэмоциональной нагрузки, сколько после него, т.к. больные долго помнят и длительно переживают, и для них характерно отсутствие способности быстро восстановить эмоциональное равновесие. У лиц с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС), в отличие от здоровых и пациентов с неврозами, наблюдается более выраженное реагирование артериального давления и пульса на тревожно-депрессивные расстройства. При этом у них более длительное время сохраняются более высокие, по сравнению с контрольной группой, показатели артериального давления и пульса. У большинства здоровых и пациентов с неврозами эти показатели возвращаются в нормальное состояние в пределах 10 минут.

Цель: изучение личностных и психоэмоциональных характеристик пациентов и проведение медико-психологического исследования состояния больных с ССЗ.

Материалы и методы: для выяснения типа отношения к ССЗ было обследовано 24 больных (14 мужчин и 10 женщин), проходивших постстационарную реабилитацию в санаторно-курортных условиях методом тестирования «Психологическое отношение к болезни пациентов, страдающих ССЗ».

Результаты: Средний возраст мужчин составил 56 лет, женщин – 52 года. Все пациенты работают в ОАО «Башкирэнерго», основные профессии: машинисты, слесари, операторы котельных, газорезчики. Основной диагноз обследованных: АГ I-II стадии, 1-2 степени; диагноз сопутствующий: ИБС, СН 2. Средний стаж болезни: 16,5 лет.

Выводы: 1. При проведении медико-психологического исследования было выявлено, что преобладающее отношение к ССЗ – гармоничное (53,5% пациентов), что характеризуется

реалистичной и взвешенной оценкой больными своего состояния без склонности преувеличивать тяжесть течения, но и без недооценки тяжести заболевания, а также стремлением активно содействовать успеху лечения. Высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, уверенность в себе, повышает уровень удовлетворенностью качеством жизни.

2. Для 36,5 % обследованных больных был характерен анозогнозический тип отношения к болезни - активное отбрасывание мысли о заболевании и возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Прослеживались отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезного» заболевания или как случайные колебания самочувствия. Для таких пациентов свойственны легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций. Высокий уровень независимости, упрямство, склонность к агрессии, погруженность в свой внутренний мир, повышенное чувство вины связаны с низкой удовлетворенностью качеством жизни таких пациентов.

3. Также среди больных выявлено 10% с эргопатическим типом отношения к болезни, для которого характерны сверхответственное отношение к работе, которое выражено еще в большей степени, чем до болезни. Несмотря на тяжесть заболевания, больные стремятся продолжать работу и избирательно относятся к обследованию и лечению, желают сохранить профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

4. Во время санаторно-курортного лечения у всех пациентов были достигнуты целевые цифры артериального давления. Согласно данным психологического тестирования, всем больным необходимо психологическое сопровождение. Психологическое консультирование и составление программы

реабилитации поможет выявлению факторов риска рецидивов заболевания, предотвращению тревожно-депрессивных состояний, формированию позитивных целеустановок в будущем, что будет способствовать успеху лечения пациентов с ССЗ. Для успешного лечения ССЗ необходимо тесное сотрудничество медицины и психологии.

Дечко С.В., Ходосовская Е.В., Митьковская Н.П.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ
УРОВНЕМ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 НА ФОНЕ
ИНТРАМУРАЛЬНОГО ХОДА КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь

Dechko S.V., Hodosovskaya E.V., Mitkovskaya N.P.
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ELEVATED LEVELS
OF INTERLEUKIN-6 ON THE BACKGROUND OF THE
INTRAMURAL COURSE OF THE CORONARY ARTERY

Belarusian State Medical University Minsk, Republic of Belarus

Актуальность. В основе патогенетического действия интрамурального хода коронарной артерии лежит транзиторная ишемия миокарда, способная служить основой острого сердечно-сосудистого события. Исследование качества жизни у пациентов с данной патологией в Республике Беларусь ранее не проводилось.

Цель. Определить качество жизни пациентов с повышенным уровнем интерлейкина-6 на фоне интрамурального хода коронарной артерии.

Материалы и методы. Базой для исследования послужило УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. Объектом исследования послужили образцы биоматериала, взятого у пациентов с установленным интервенционно ИХКА. Иммуноферментный анализ

выполнен в лаборатории биохимических методов исследования ЦНИЛ БГМУ. Для уточнения взаимосвязи качества жизни у пациентов с ИХКА, определенного по опроснику SF-36, и интрамурального хода коронарной артерии были выделены пациенты мужского пола в возрасте 35 лет. Пациенты имели разную степень перекрытия просвета сосуда в систолу: 20%, 60% и 75%. Статистический анализ полученных данных выполнен с использованием компьютерной программы для статистической обработки данных Statistica версии 8.0 (StatSoft, Inc., USA).

Результаты. Проанализированы 61 проба группы с верифицированным интрамуральным ходом коронарной артерии и 21 проба группы сравнения. У пациентов с верифицированным ИХКА уровень интерлейкина-6 в плазме крови варьировал в пределах от 0,5 до 65 пг/мл, в среднем составляя 5,1 пг/мл (медиана 2 пг/мл, интерквартильный размах 25%-75%: 1,25-4,8 пг/мл). У пациентов группы сравнения уровень интерлейкина-6 в плазме крови варьировал в пределах от 0 до 1,2 пг/мл, в среднем составляя 0,75 пг/мл (медиана 0,9 пг/мл, 0,55-1,0 пг/мл). Данные, полученные от двух групп, имели статистически значимые различия. Проверка осуществлялась с помощью непараметрического U-критерия Манна – Уитни ($U_{\text{эмп}} = 110,5$, $p = 0,000000$).

Среди опрошенных пациентов с ИХКА, показатель физического функционирования (PF) варьировал в баллах от 15 до 95. PF в большинстве случаев имело обратно пропорциональную зависимость с возрастом. Статистически значимой взаимосвязи с процентом перекрытия сосуда в систолу не зарегистрировано. Аналогично для показателя интенсивности боли (BP от 20 до 100), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP от 0 до 100). Ряд показателей (GH, VT, SF, RE, MH) не имели статистически значимой взаимосвязи. У сравниваемых одновозрастных пациентов мужского пола

показатели МН RP PF VT SF были обратно пропорциональны степени стеноза.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о повышении значения вазоактивного агента у пациентов с туннелированным сегментом. По результатам анализа ответов пациентов с верифицированным интрамуральным ходом коронарной артерии на опросник SF-36, можно предположить, что туннелированный сегмент может оказывать влияние на показатели качества жизни преимущественно в молодом возрасте. Отмечено влияние сужения просвета сосуда на показатели психического здоровья и жизненной активности.

Есина Е.Ю.¹, Лютов В.В.², Цыган В.Н.³

**НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА
СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

1 - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

2 - ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

3 - ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Esina E.Y.¹, Lyutov V.V.², Tsigan V.N.³

**UNSOLVED QUESTIONS OF THE PATHOGENESIS OF
SOMATO-FORMAL DYSFUNCTION OF THE VEGETATIVE
NERVOUS SYSTEM**

1 - Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko Health Ministry of Russia, Voronezh, Russia

2 - 442 Military Clinical Hospital, Ministry of Defence of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia

3 - Military-Medical Academy named after S.M. Kirov, Ministry of Defence of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia

Актуальность. Результаты новейших исследований показывают, что психические расстройства повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Нам представляется важным изучить патогенетические основы развития ССЗ у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (СДВНС).

Цель. Изучить вопросы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.

Материалы и методы. В одномоментном исследовании участвовали 71 больной СДВНС. Среди них 18 юношей и 53 девушки, средний возраст 22 года. Факторы риска (ФР) ССЗ определялись в соответствии с Национальными рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике, разработанными Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация» (2011г.). Электрофизиологическое состояние миокарда (ЭФСМ) изучалось с помощью метода дисперсионного картирования электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и во время пробы с физической нагрузкой. В основу работы положено учение Р.М. Баевского о донозологических состояниях, согласно которому выделяют состояние физиологической нормы, напряжение, перенапряжение и истощение регуляторных систем.

Результаты. В состоянии покоя у больных СДВНС мужчин ЭФСМ соответствовало физиологической норме. После пробы с ФН, которая была использована нами для выявления донозологических изменений ЭФСМ, недоступных для диагностики в состоянии покоя, ЭФСМ у больных мужчин ухудшилось. Нами была выделена группа страдающих СДВНС мужчин с ФР ССЗ со значением интегрального индикатора (ИИ) «Миокард» $\geq 18\%$ после ФН. У данной группы больных СДВНС мужчин ИИ «Миокард» после ФН увеличился до 26 (22–33)% ($p < 0,05$), характеризуя истощение ЭФСМ,

через 4 минуты после ФН – снизился до 17 (15–23)% ($p > 0,05$), отличаясь от исходного значения более чем на 1%. Используя показатели детализации, G1-G9, мы выяснили, что истощение ЭФСМ связано с выраженными изменениями реполяризации правого и левого желудочков, характерными для гипоксии. Также, у больных СДВНС мужчин с ФР ССЗ, были обнаружены нарушения процесса деполяризации миокарда в начале периода возбуждения.

Выводы. Таким образом, использованный нами донозологический подход и дисперсионное картирование электрокардиограммы в качестве метода донозологической диагностики, позволили при напряжении регуляторных систем (проба с ФН) выявить у больных СДВНС мужчин с ФР ССЗ изменение функционального состояния миокарда, патогенез которого связан с выраженными изменениями реполяризации правого и левого желудочков за счет гипоксии и процесса деполяризации миокарда в начале периода возбуждения.

Есина Е.Ю.

**ИЗМЕНЕНИЯ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У
БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России,
Воронеж, Россия*

Esina E.Y.

**CHANGES IN VARIABILITY OF HEART RHYTHM IN
PATIENTS WITH SOMATOFORM DYSFUNCTION OF
VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM**

*Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko
Health Ministry of Russia, Voronezh, Russia*

Актуальность. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС) остается актуальной проблемой практического здравоохранения РФ. До настоящего времени не определены границы СДВНС, несмотря на длительную историю изучения заболевания. Однако в настоящее время мы наблюдаем увеличение интереса к проблеме в связи с появлением новых данных о том, что психические заболевания являются факторами риска развития патологии сердечно-сосудистой системы. Одно из направлений, которое привлекает внимание исследователей – изучение вариабельности ритма у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы.

Цель. Определить вариабельность ритма сердца у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. В одномоментном исследовании приняли участие больных СДВНС. Факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний определялись в соответствии с Национальными рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике, разработанными Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация» (2011г.). Вариабельность ритма сердца изучали в течение пробы с физической нагрузкой (ФН) (20 приседаний). Определялись следующие параметры вариабельности ритма сердца (ВРС): RRNN (мс), RRmax/RRсред., RRmin/RRсред., относительное число удлинённых RR (%), относительное число укороченных RR (%).

Результаты. Средний возраст больных СДВНС, мужского пола составил $22,9 \pm 1,6$ лет. В покое у всех больных СДВНС регистрировался нормотонический тип регуляции ВРС. Статистически значимое снижение значения RRNN после ФН

по сравнению с исходным состоянием было зарегистрировано у больных СДВНС с положительным статусом курения – 649мс ($p<0,05$), употребляющих алкоголь в дозах, превышающих безопасные 641,1мс ($p<0,05$), имеющих низкий уровень физической активности 646,7мс ($p<0,05$), с офисным артериальным давлением $\geq 140/90$ мм рт.ст. – 645,2мс ($p<0,0001$), не занимавшихся в детском и/или подростковом возрасте дополнительно аэробной физической активностью 636,6мс ($p<0,0001$), с недостаточным потреблением овощей и фруктов в сутки (не считая картофеля) 644,1мс ($p<0,001$), с психосоциальным стрессом 656,1мс ($p<0,001$), с тревогой 654,6мс ($p<0,001$), с депрессией 652,2мс ($p<0,05$). У больных СДВНС мужчин с офисной частотой сердечных сокращений ≥ 80 ударов в минуту достоверного снижения значения RRNN после ФН получено не было. Необходимо отметить, что RRNN, это показатель, обратно пропорциональный частоте сердечных сокращений (ЧСС). Т.е. чем ниже RRNN, тем выше ЧСС, а, следовательно, меньше длительность периода реполяризации миокарда.

Выводы. Симпатикотонический тип variability ритма сердца после ФН регистрировался у больных СДВНС мужчин со всем изучаемыми факторами риска ССЗ. Наибольшее снижение значения RRNN после ФН по сравнению с исходным состоянием было отмечено у больных СДВНС мужчин, не занимавшихся дополнительно в детском и/или подростковом возрасте аэробной физической активностью и у больных СДВНС, употреблявших алкоголь, в дозах, превышающих безопасные.

Володина О.В., Володина О.П.

**МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ
АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1»,
г. Воронеж, Россия*

Volodina O.V., Volodina O.P.

**METHODS OF EFFECTIVE CORRECTION OF ADAPTATION
DISORDERS IN PATIENTS WITH MILD FORMS OF
CARDIOVASCULAR DISEASES**

*BUZ VO «Voronezh regional clinical hospital №1», Voronezh,
Russia*

Актуальность: в настоящее время достоверно установлено наличие расстройств адаптации (РА) у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Цель: разработка методов эффективной коррекции РА у пациентов с ССЗ, легкодоступных для кардиологов и врачей общей практики.

Материалы и методы: пациенты в возрасте от 30 до 60 лет, находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БУЗ ВО «Воронежской областной клинической больницы №1»: 93 мужчины и 112 женщин с гипертонической болезнью I-II стадии со степенью артериальной гипертонии 1-3, риском сердечно-сосудистых осложнений не более 3, недостаточностью кровообращения (НК) не более IIIA, а также 128 мужчин и 113 женщин с ишемической болезнью сердца в виде стабильной стенокардии напряжения ФК I-III с НК не более IIIA без инфаркта миокарда в анамнезе и сопутствующих соматоневрологических заболеваний, с установленным диагнозом РА, с применением клинико-психопатологического, статистико-математического методов.

Результаты и их обсуждение: в сотрудничестве с кардиологами и основываясь на собственном многолетнем опыте, были разработаны методы эффективной и легкодоступной для кардиологов и врачей общей практики коррекции указанных расстройств.

Основным методом коррекции РА являлась психотерапия, чаще всего рациональная, которая дополнялась психорелаксацией (комната психологической разгрузки). Выбор препарата осуществлялся в зависимости от преобладающего аффекта (тревога и/или депрессия) и их степени выраженности.

При небольшой выраженности и продолжительности клинических проявлений (субклинически или легко клинически выраженная тревога и/или появление единичных симптомов депрессии) эффективность показали следующие группы препаратов: фитотранквилизаторы (валериана, настойки пустырника, боярышника, успокоительный сбор №3, ново-пассит, и др.), фитоантидепрессанты (настойки женьшеня, лимонника, элеутерококк, препараты зверобоя), гомеопатические препараты (тенотен).

При умеренно выраженной тревоге и/или субдепрессии или лёгкой депрессии применялись на выбор следующие группы препаратов: транквилизаторы коротким курсом предпочтительнее небензодиазепиновые (атадекс, афобазол, адаптол), при необходимости возможно применение бензодиазепиновых («дневных» – грандаксин, транксен, «классических»: феназепам, сибазон, алпрозолам), и/или антидепрессантов (лучше атипичные) (с седирующим компонентом – тианептин, тразодон, азафен, с активирующим – флуоксетин, сбалансированные – пиразидол, пароксетин, сертралин, циталопрам, гептрал).

Во всех случаях возможно дополнительное применение физиотерапии (дарсонваль, массаж и др.), общеукрепляющей

и метаболической терапии (витамины, мельдоний и др.), ноотропов (ноотропил, фезам, пикамилон, пантогам, глицин).

Выводы: полученные результаты позволяют повысить информированность об эффективной коррекции РА кардиологов и врачей общей практики, квалификация которых вполне позволяет лечить РА самостоятельно. Консультация психиатра нужна лишь в случае отсутствия достаточного эффекта от проводимого лечения с тенденцией к затяжному течению, либо при наличии выраженной депрессивной реакции с риском суицидального поведения.

Семенова Н.Д., Михайлова Е.А.

**ПАЦИЕНТ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ВОЗМОЖНОСТИ
ИНТЕРПРЕТАТИВНОГО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО
АНАЛИЗА**

*Московский НИИ психиатрии – филиал Федерального
медицинского исследовательского центра психиатрии и
наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России*

Semenova N.D., Mikhajlova E.A.

**THE PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA: POSSIBLE
INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS**

*Moscow Research Institute of Psychiatry – subsidiary The Serbsky
Federal Research Center for Psychiatry and Narcology, Ministry of
Health of the Russian Federation
Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of
Health of the Russian Federation*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) относится к категории заболеваний, в патогенезе которых существенную роль играют психологические факторы и механизмы. Наблюдается тенденция к назначению гормональных средств больным БА без достаточного учета показаний и противопоказаний – врачи склонны делать выводы о тяжести состояния и назначении кортикостероидов, ориентируясь, скорее, на психологическое состояние больного, нежели на объективную клиническую картину; и наоборот – врач может полностью игнорировать субъективный опыт пациента. Все это приводит к кризису медикаментозного лечения БА и росту тяжелых гормонозависимых форм БА с осложнениями (Чучалин А. Г. 2007, Holgate et al. 2017). Имея дело с особым предметным содержанием – субъективным миром больного –

60

исследователь опирается на традиции феноменологии, привлекая качественные методы. Данные методы избегают упрощений, присущих методам количественной оценки, и позволяют исследовать более сложные аспекты опыта переживания болезни.

Цель – эмпирическое исследование опыта переживания болезни больными БА.

Материалы и методы. В работе, представляющей собой малое пилотажное исследование, использованы самоотчеты пациентов по результатам групповых занятий по психосоциальной терапии (психологическая реабилитация, группы поддержки, Астма-школа и т.д.) на базе клиники Научно-исследовательского института пульмонологии ФМБА России. Всего изучено 54 самоотчета больных БА. В качестве основного метода анализа «сырого материала» использовался интерпретативный феноменологический анализ (IPA)(Smith et al. 1999). Работа строилась строго по процедуре реализации метода IPA (5 этапов), как пошаговый систематический анализ феноменологического материала, с вычленением категорий разного порядка.

Результаты. В трактовке результатов мы придерживались критериев Elliott, Fischer et al. (1999), предложенных для оценки качественных исследований в клинической психологии. Выделено две ключевых темы: 1. Паника/Страх; 2. Сдерживание/Соккрытие; и представлены фрагменты самоотчетов. 1. Больной Ш.: «Как описать то, что я чувствовал тогда? Страшно! Задыхаюсь! И от сумасшедшего частого дыхания испаряется много влаги... Очень неудобная поза, но разогнуться не могу, лучше упереться в спинку кровати, в собственные колени ...». 2. Больная Л.: «Как только со мной это начинается, я сразу ухожу в свою комнату и

запираюсь там, чтобы муж и дочь не слышали этих жутких хрипов. Душа болит, все запикиваешь вовнутрь. Все это давит и не находит выхода. Я устала скрывать свой диагноз на работе...». Метод IPA позволяет изучить специфические паттерны в субъективной картине болезни пациентов, своего рода скрытые, закодированные послания клиницисту.

Заключение / Выводы. Результаты данного эмпирического исследования, сделанного с методологических позиций качественного анализа, помогут составить исследовательский протокол последующего этапа. Самоотчеты пациентов очерчивают важную зону работы клинициста – в плане реализации методов комбинированной (психофармакология, психотерапия) терапии на фоне базовой (лекарственной) терапии БА.

Кудемзина Т.В.

**К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА КАК
ПСИХОГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького», Донецк, Украина*

Kulemzina T.V.

**TO THE QUESTION ABOUT DIAGNOSTICS OF THE
SYNDROME OF AN IRRITATED INTESTINAL SYNDROME AS
PSYCHOGASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY**

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«M. Gorky Donetsk National Medical University»,
Donetsk, Ukraine*

Актуальность. Традиционная китайская медицина (ТКМ), по сути психосоматическая, рассматривая основную причину болезни как нарушение гармонии между духом и телом, трактует болезненное состояние с позиции разбалансировки конституции и энергетики организма в целом.

Цель – продемонстрировать подход к диагностике СРК на основе принципов ТКМ.

Материал и методы. 27 мужчин и 27 женщин (35 – 37 лет) с СРК длительностью 7 лет. Методы – внешний осмотр и пульсовая диагностика. При сопоставлении конституциональных (психологических и физических) признаков с позициями ТКМ обобщался вывод о характере энергетических повреждений, типе психической акцентуации, темпераменте, ведущей эмоции, вкусовых и цветовых предпочтениях, состоянии ведущих органов, условиях возникновения первых признаков заболевания и последующих обострений.

Результаты. Выделены 5 конституциональных типов.

1. Тревожно-аффективный. Жалобы излагает коротко, отрывисто, без возможности прервать и задать вопрос до

окончания намеченного высказать, с нелестной характеристикой предыдущих специалистов и их квалификации, требованиями сделать «что-нибудь, чтобы ушла боль». Постоянно обращается к разным специалистам (до 5-ти врачей одной специальности: гастроэнтерологам, терапевтам, врачам УЗИ, и, наконец, психиатрам). Ведущие эмоции – гнев, злость. Злоупотребление алкоголем. Первые проявления в весеннее время года, в острой форме со срочной госпитализации.

2. Истериоформный, с быстрой сменой эмоций. Эмоционально описывает жалобы, с жестикуляциями, аналогиями своим ощущениям, тактильной конкретизацией локализации болезненных мест. Присущи психалгии. Ведущая эмоция – радость (аффект). Потребность в повышенном внимании и сочувственном отношении врача, среднего и младшего медперсонала. Первые проявления – в жаркое время года, после употребления горькой пищи.

3. Паранояльный и мания навязчивых состояний. Жалобы подробно детализирует, повторяя по несколько раз, с перерывами на реакцию врача, подтверждающую сочувствие и понимание сказанного, постоянно употребляет медицинские термины (иногда без понимания сути). Ведущие эмоции – раздумье, сочувствие. В повседневной жизни отличается навязыванием неустребованной помощи больным с идентично выставленным диагнозом, советами относительно средств и методов лечения. Первые проявления – в конце лета.

4. Депрессивный и склонный к тоске. Жалобы излагает очень четко и последовательно, с обоснованием (по своему мнению) причины заболевания (как-то: ненормированный рабочий день, невозможность нормально принимать пищу на работе). Среди причин – депрессия, связанная с разводом, потерей близких. Ведущая эмоция – печаль. Значительный стаж курильщика. Первые проявления – осенью.

5. Психастенический с элементами боязливости и тревожности. Паническое и фобическое отношение к заболеванию (минимальные болезненные проявления провоцируют паническую атаку), «прогнозирование» неблагоприятных последствий, постоянные жесткие пищевые ограничения. Ведущая эмоция – страх. Первые проявления – в зимнее время с медленным развитием и минимальными обострениями.

Заключение. Диагностические критерии использовались для рекомендаций по соблюдению стереотипов эмоционального, физического и нутрициологического характера.

**Бусыгина М.С., Вахрушев Я.М., Аполонский Д.В.
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
С СОПУТСТВУЮЩИМ ДУОДЕНОСТАЗОМ**

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

**Busygina M.S., Vakhrushev Ya.M., Apolonsky D.V.
EVALUATION OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE
AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH
DUODENAL ULCER WITH CONCOMITANT DUODENOSTASIS**
Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Актуальность. По мнению большинства исследователей, у пациентов язвенной болезнью (ЯБ) происхождение дуоденостаза (Дс) носит функциональный характер. Вегетативная дисфункция является звеном синдрома психовегетативной дезадаптации, и изменения функционального состояния желудочно-кишечного тракта носит системный характер, обусловленные центральными нейроэндокринными стимулирующими

(парасимпатическими) или тормозными (симпатическими) воздействиями.

Цель. Изучить особенности функционирования вегетативной нервной системы (ВНС) у пациентов ЯБ с сопутствующим Дс.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 107 больных ЯБ с ДС и 62-ЯБ без ДС. Мужчин было 84, женщин-85. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. В верификации ЯБ и Дс использованы анамнестические и физикальные данные, результаты рентгенологических и эндоскопических исследований. Оценка вегетативного гомеостаза проводилась с помощью кардиоритмографического исследования ("Варикард 2,51") с определением показателей моды (M_0) – наиболее часто встречающихся значений длительности интервалов R-R, амплитуды моды (AM_0) – число значений интервалов, равных M_0 , вариационного размаха ΔX , индекса напряжения (IN). По величине показателя ИН можно установить исходный вегетативный тонус (ВТ): ИН от 30 до 90 ус.ед. характерен для эутонии, менее 30 – ваготонии, более 90 – симпатикотонии. Вегетативная реактивность оценивали по результатам отношения IN_2/IN_1 , где IN_1 – клиноположение, IN_2 – ортоположение первый эпизод (1-ая минута). Определялся вид ВР: IN_2/IN_1 от 0,7 до 1,5 – нормальная вегетативная реактивность, если $>0,5$ -гиперсимпатикотоническая, $<0,7$ -асимпатикотоническая.

Результаты. При изучении исходного ВТ при ЯБ ДПК с Дс 94,0 [92,5; 97,5]% показатели AM_0 , отражающие активность симпатического отдела ВНС, достоверно были повышены в отношении контрольной группы 48,3 [45,5; 49,9]% ($p<0,01$), находящейся в состоянии вегетативного равновесия. В то же время ЯБ ДПК без Дс 38,3 [37,9;38,7]% AM_0 было снижено в отношении контрольной группы ($p=0,000$), указывая на уменьшении симпатического влияния ВНС. Повышенный вариационный размах в группе сравнения 0,8 [0,62; 1,0]

показывал на преобладание парасимпатического проявления в исходном ВТ, напротив, в группе наблюдения данный показатель был снижен в отношении контрольной группы ($p < 0,01$). IN1, также подтверждает преобладание симпатического отдела ВНС в группе наблюдения (при ЯБ ДПК – 1110,4 [1077,5; 1129,3] усл.ед., и парасимпатического отдела – при ЯБ ДПК без Дс 40,5 [25,4; 54,0] усл.ед.

При изучении вегетативной реактивности в первом эпизоде (IN2/IN1) при сравнении с контрольной группой (IN2/IN1=1,1 [1,05;1,17]) с нормальной вегетативной реактивностью в группе наблюдения отмечается асимпатикотонический тип вегетативной реактивности, что, возможно, связано с истощением адренергических структур ВНС при ЯБ ДПК с ДС IN2/ IN1=0,36 [0,33; 0,40]) ($p=0,0001$). При ЯБ ДПК без ДС IN2/ IN1=1,4[1,1; 2,5], наоборот, преобладала гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность в отношении контрольной группы ($p=0,058$).

Заключение. При исследовании ВНС у пациентов ЯБ ДПК с Дс отмечалось преобладание симпатического типа ВТ с асимпатикотонической вегетативной реактивностью. Вегетативный портрет пациентов ЯБ ДПК без Дс характеризуется парасимпатикотонией.

Ткаченко Н.В., Заика В.Г.

**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону,
Россия*

Tkachenko N.V., Zaika V.G

**AFFECTIVE DISORDERS IN OBESE ADOLESCENT GIRLS,
DEPENDING ON THE TYPE OF EATING BEHAVIOR**

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

Актуальность. Проблема ожирения детей и подростков привлекает внимание врачей различных специальностей в связи с ростом распространенности данной патологии в современном мире. Особенности пищевого поведения (ПП), приводящие к нарушению стереотипа питания, являются одной из важных причин развития ожирения. Несмотря на накопленные научные данные, остается недостаточно изученной связь различных типов ПП с психическими расстройствами при ожирении, что делает данное исследование актуальным.

Цель: провести оценку аффективных расстройств у девочек-подростков с ожирением в зависимости от типа ПП.

Материалы и методы. Были обследованы 130 девочек-подростков с ожирением I степени. Из исследования исключались девочки младше 14 и старше 18 лет; страдающие шизофренией (F20); расстройствами личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга (F07); умственной отсталостью (F70-79). Проводилось изучение типа ПП с помощью Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ). Оценивалось наличие или отсутствие депрессивного, тревожного состояния по шкалам Гамильтона (HDRS, HARS). На основании Голландского опросника пищевого поведения DEBQ выделялись три типа ПП: эмоциогенный, экстернальный и ограничительный. При сочетании двух или всех трех типов ПП был диагностирован смешанный тип.

Результаты. Из обследованных 130 подростков у 20% пациенток выявлялся эмоциогенный тип ПП, у 7,7% девочек – экстернальный, у 9,2% – ограничительный, у 35,4% – смешанный, у 27,7% – средний балл по шкалам опросника DEBQ не превышал средние нормальные значения, ПП

расценивалось как рациональное. В совокупности у 72,3% девочек с ожирением были выявлены особенности ПП.

Средний балл депрессии по шкале HDRS в подгруппе с эмоциогенным типом ПП составил 8 (10; 6) баллов, с экстернальным - 9 (9; 8) баллов, с ограничительным - 9 (12; 7,5) баллов, со смешанным - 9 (9; 8,8) баллов, в подгруппе с рациональным ПП - 7 (7,5; 6) баллов.

Средний балл тревоги по шкале HARS в подгруппе с эмоциогенным типом ПП составил 19 (21; 7) баллов, с экстернальным - 19 (19,5; 8) баллов, с ограничительным - 18 (24; 6,5) баллов, со смешанным - 20 (21; 9) баллов, в подгруппе с рациональным ПП – 7 (11; 5,5) баллов.

Частота встречаемости аффективных нарушений при эмоциогенном типе ПП составила 88,5%, превалировала тревожная и субдепрессивная симптоматика. При экстернальном типе ПП пограничные психические расстройства аффективного спектра выявлялись у 30% пациенток, в равной мере отмечались тревожные и астено-субдепрессивные симптомы. При ограничительном типе ПП психические расстройства выявлялись у 91,7%, преобладала субдепрессивная и депрессивная симптоматика. При смешанном типе ПП психические расстройства выявлялись у 65,2% подростков, на первый план выходили тревожные нарушения.

Выводы. Таким образом, ожирение с особенностями ПП достоверно чаще сопровождается развитием аффективных нарушений, чем ожирение при в целом рациональном ПП. Чаще психические расстройства выявлялись у пациенток с ограничительным и эмоциогенным типами ПП. Достоверных различий в степени выраженности депрессии и тревоги в зависимости от типа ПП не выявлено, однако обнаружено

синдромальные различия диагностированной тревожно-депрессивной симптоматики в зависимости от типа ПП.

Кононова Д.А., Лифшиц М.О.

ФЕНОМЕН «СОПРОТИВЛЕНИЕ» В РАБОТЕ С ПИЩЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ДИЕТОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»,
медицинский факультет, г. Москва, Россия*

Kononova D.A., Lifshits M.O.

THE PHENOMENON OF «RESISTANCE» IN DEALING WITH EATING DISODERS. DIETOLOGY AND PSYCHOTHERAPY. INTEGRATED VIEW OF THE PROBLEM

*Peoples' Friendship University of Russia, Faculty of Medicine,
Moscow, Russia*

Актуальность. В современном мире интерес к вопросам диетологии существенно вырос за последние десятилетия. Это связано с ростом нарушений пищевого поведения у подавляющего большинства населения развитых стран. Казалось бы, что сложного в сбалансированном, вкусном и здоровом питании сегодня, когда выбор продуктов в магазинах велик, как никогда, да и технические возможности современной кухни вполне достаточны? К тому же, количество врачей - диетологов во всем мире растёт, осведомленность и грамотность населения в вопросах питания тоже, а количество людей с нарушениями пищевого поведения множится в геометрической прогрессии. В чем же причина такой ситуации? Современные исследования показывают, что проблема гораздо глубже. Связаны они с развитием психологического сопротивления изменениям. И чем интенсивнее работает врач, давая рекомендации, тем интенсивнее рост сопротивления.

Авторы публикации видят для себя целью заострить внимание на феномене «сопротивления», неминуемо возникающему в диетологической практике при работе с нарушениями пищевого поведения. Соответственно, требуется комбинированный подход к лечению с участием психотерапевтов и диетологов.

Материалы и методы. Наблюдались 40 человек. Из них 33 женщины, 7 мужчин. Длительность наблюдения в среднем составила 6 месяцев. Основными методами в комбинированной работе являлись: анализ дневника, проведение измерения состава тела с анализом результатов, формирование индивидуального рациона, шкалы голода и насыщения, методика разделения физического и психологического голода, методика работы с пищевыми продуктами – аддиктами (продуктами, вызывающими тягу), методики работы со срывами и рецидивами.

Результаты. У всех участников наблюдалось психологическое сопротивление на разных этапах и разной степени интенсивности. В ходе наблюдения удалось установить некоторые закономерности. В частности, у женщин чаще наблюдалось сопротивление в техниках количественного подсчета (взвешивание продуктов и запись результатов в дневник), вытеснение, рационализация. У мужчин чаще вызывали сопротивление техники, направленные на поиск психологических причин набора веса (разделение физического и эмоционального голода, работа с пищевыми продуктами - аддиктами). В этих случаях сопротивление проявлялось в виде интеллектуализации.

Подавляющему большинству пациентов (33 из 40) было свойственно сопротивление работе со шкалой голода в части телесных и эмоциональных переживаний. Мужчинам шкала голода давалась сложнее, чем женщинам и требовалось значительно больше времени на ее проработку. Основными вариантами сопротивления отмечены отказ в заполнении

шкалы голода, избегание домашних заданий, опоздания на консультации.

В данной теме отдельно хочется отметить проявление сопротивления при возникновении у клиентов пищевых срывов. При отсутствии хорошего терапевтического альянса самым частым видом сопротивления являлся пропуск сессий, что впоследствии приводило к прерыванию клиентом терапии.

Заключение/выводы. По опыту авторов, успех терапии данной категории пациентов принадлежит комбинированному подходу с участием психотерапии и диетологического консультирования на базе прочного терапевтического альянса.

Рогов А.В.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Rogov A.V.

THE FEATURES SOCIAL ADAPTATION IN PATIENTS OF PARANOID SCHIZOPHRENIA COMORBIDITY WITH VIRAL HEPATITIS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность проблемы: когнитивные нарушения обуславливают трудности, которые испытывают больные в обыденной жизни, а также ограничивают социальное и профессиональное функционирование пациентов с параноидной шизофренией. M.D.Bell и G.Bryson доказали что когнитивные нарушения служат фактором, ограничивающим успешность психосоциальной реабилитации.

Цель работы: изучить в сравнительном аспекте у больных параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами, особенности социального функционирования и адаптации в социуме.

Материал и методы: обследовано 80 больных с диагнозом параноидная шизофрения (38 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 25 до 50 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице города Ташкента. В основную группу вошли 40 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, коморбидная с вирусными гепатитами В и С; группа сравнения состояла из 40 больных с диагнозом параноидная шизофрения без сопутствующей патологии (F20.00 по МКБ-10). Для выявления изменений в интеллектуально-мнестической сфере проведены следующие методики экспериментально-психологического исследования: таблицы Шульте, «Заучивание 10 слов», «Воспроизведение рассказов», тест Бентона, «Исключение 4-го лишнего», объяснение переносного смысла пословиц и метафор, тест пиктограмма Лурия.

Результаты исследования: изучение клинических особенностей психического статуса больных выявило, что во взаимоотношениях наблюдалась настороженность и подозрительность, склонность к появлению странных интересов, идущих в разрез с реальными обстоятельствами в сочетании с бредоподобными рудиментарными идеями, бредоподобными предчувствиями, бредоподобными навязчивости, бредоподобным чувство собственной неполноценности. В ходе обследования определено, что интеллектуально-мнестические способности больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами характеризуются инертностью с признаками истощаемости, ослаблением произвольного внимания, снижением уровня обобщения и отвлечения, абстрактного

мышления. Установлено, что у большинства пациентов нейрокогнитивные нарушения присутствовали до развития продуктивной симптоматики шизофрении и сохранялись во время периодов ремиссии позитивных симптомов. Достоверные ($p < 0.01$) различия между 1 и 2 группой больных отмечались в показателях зрительной памяти и исполнительских функций, так же достоверно ($p < 0.05$) отличались показатели внимания, пространственной ориентации, моторной координации, долговременной памяти, вербальной ассоциативной продуктивности, логического мышления и нарушений в лексической системе.

Выводы: таким образом, выявлено, что пациенты с параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами В и С страдают значительными отклонениями социального функционирования в аспектах жизнедеятельности, таких как семейные и профессиональные отношения в связи с формированием нейрокогнитивного дефицита на фоне имеющейся вирусной патологии. Ослабление социальной регуляции и социальной направленности поведения у больных параноидной шизофренией, коморбидной с вирусными гепатитами, способствует формированию у них специфических особенностей познавательной деятельности, нарушением адаптации в социуме.

Шарипова Ф.К., Насимова Ш.К.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У
ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Sharipova F.K., Nasimova Sh.K.

**PSYCHOTHERAPY OF EMOTIONAL DISORDERS IN
ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность: целесообразным направлением работы с детьми и подростками с сахарным диабетом I типа является комплексная фармакотерапевтическая и медико-психологическая помощь с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий (Доскина Е.В., 2016). Больные с впервые выявленным сахарным диабетом первого типа нуждаются в индивидуальной психологической поддержке (Винокур В.А., 2017).

Цель: изучить новые возможности психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации превенции, профилактики, медико-психологической и психотерапевтической помощи.

Материалы и методы исследования: в условиях НИИ Эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона,

Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С группой проводились занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю.

Результаты: основными целями проводимой коррекционной работы являлись: проведение семейной и рациональной психотерапии, реабилитационная программа, улучшение социальной адаптации подростков, обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства. В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная терапия, когнитивный тренинг.

Вывод: таким образом, использование современных возможностей психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента сахарного диабета, а также коморбиднотекущей аффективной патологии.

Шигапова В.И., Ягубов М.И.

**ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ С ОРГАЗМИЧЕСКИХ
ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН**

*МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ,
Москва, Россия*

Shigarova V., Yagubov M.

**PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT WITH ORGASMIC
WOMEN'S DYSFUNCTIONS**

*Moscow scientific-research Institute of Psychiatry, Moscow,
Russia*

Актуальность. Оргазмические дисфункции являются одним из наиболее распространенных сексуальных нарушений у женщин. Невозможность достижения оргазма ведет к дисгармонии половых и межличностных отношений между партнерами, снижению частоты и качества половых контактов и к возникновению аффективных нарушений.

Цель исследования: изучение взаимосвязи оргазмических дисфункций и психических расстройств у женщин, особенностей их формирования и клинической динамики с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Оценка и анализ психического и сексологического статуса больных осуществлялась как на момент обследования, так и в динамике. При обследовании пациенток анализировались такие факторы, как начало и длительность расстройства (первичная и вторичная аноргазмия), степень выраженности, партнерская ситуация, особенности сексуального развития и гинекологического анамнеза, сопутствующие расстройства и пр.

Результаты. В результате комплексного обследования больные по характеру психической патологии были распределены в 3 клинические группы: I группа - пациентки с невротическими расстройствами в виде тревожно-депрессивного расстройства, тревожно-фобического расстройства, неврастении. II группа - со специфическими расстройствами личности в виде шизоидного, истерического, тревожного. III группа с шизотипическим расстройством.

В группе с невротическими расстройствами расстройства оргазма в 41% случаев возникали после периода нормальной половой жизни на фоне психотравмирующей ситуации (супружеская измена, потеря близкого человека, нежеланные аборты (по настоянию партнера) и пр.) и носили парциальный характер (отсутствие коитального оргазма). У остальных больных оргазмические расстройства наблюдались с начала половой жизни. У больных с тревожно-депрессивным расстройством и неврастенией помимо нарушений оргазма наблюдалось снижение либидо, выражающееся в низкой половой предприимчивости (в том числе мастурбаторной активности). У 30% женщин с тревожно-фобическим расстройством половое влечение не ослабевало, однако, вследствие внутрисемейных конфликтов, урежалась частота оргазма, а у лиц с коитальной аноргазмией данная ситуация становилась причиной ее актуализации.

Лечебно-реабилитационные мероприятия носили комплексный, этапный и дифференцированный характер. Во всех трех группах проводились терапевтические мероприятия, которые были направлены на коррекцию психических нарушений. Индивидуальная или парная психотерапия начиналась с первого посещения. В части случаев психотерапии предшествовала фармакотерапия Так

в III группе при выраженных апатико-абулических проявлениях, сужении круга интересов, снижении социальной активности, алибидемии, без продуктивной или тревожно-депрессивной симптоматики, применялись антидепрессанты и нейролептики.

Психотерапия была направлена на устранение, как психопатологических проявлений, так и конфликтной ситуации в паре, восстановление взаимодействия партнеров. Использование семейной психотерапии при лечении данного расстройства дает значительно лучшие результаты, чем при отсутствии ее (в случаях, когда партнеры отказывались от посещения врача). Помимо этого психотерапевтическая работа была направлена на формирование у пациенток правильного отношения к сексуальной жизни, выработке коммуникативных навыков, расширение диапазона приемлемости и пр.

Психотерапия III группе, в отличие от I и II, была наименее эффективна.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что лучшие результаты достигаются у пациенток I группы (76,9%), причем в 46,2% из них наблюдается полное восстановление оргазмической функции ($p < 0.03$), в 25,5% - значительное улучшение ($p < 0.05$), а в 5,2% случаев – незначительное улучшение. У пациенток II группы положительные результаты отмечаются в 71,7% случаев (30,7% - полное восстановление ($p < 0.05$), 20,5% - значительное улучшение ($p < 0.05$), 20,5% - незначительное улучшение). В группе с шизотипическим расстройством в целом улучшение сексуальной функции в результате терапии достигнуто лишь в 51,8% случаев ($p < 0.05$), из них значительное улучшение произошло в 18,5% ($p < 0.05$),

незначительное улучшение – в 33,3%. Полного восстановления не отмечалось ни у одной пациентки.

Коновалов В.Г.

ПСИХОСИНТЕЗ Р. АССАДЖИОЛИ В СЕКСОГИНЕКОЛОГИИ

КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», Воронеж, Россия

Konovalev V.G.

PSYCHOSYNTHESIS R. ASSAGIOLI IN SEXOGYNECOLOGY

Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary, Voronezh, Russia

Актуальность: Психосинтез Р. Ассаджиоли [1910] используется при психотерапии (ПТ) психосоматических расстройств, обусловленных внутриличностными сознательно-бессознательными конфликтами (R.H. Evans, 2019; Колошина Т.Ю., 2008; Руффлер М., 1998; Фарафонов Е.А., 2018). Предпринята попытка ПТ сексуальных расстройств (СР) в гинекологии (сексогинекологии) на примере хронического сальпингоофорита (ХСО). СР при воспалительных гинекологических заболеваниях: от 9,94% (по Р. Р. Демировой (2008)) до 65,2% (по Г. П. Хожайновой (1988)).

Цель: Психосинтетическая ПТ СР при гинекологических заболеваниях.

Материалы и методы: 100 женщ. с ХСО: у 67% из них имела сексопсихопатология: у 50% – невротические расстройства (НР). I гр. (n=20) – СР, обусловленные, в большей степени, психогенией на ХСО. II гр. (n=30) – СР развились на фоне дизонтогенеза и НР до ХСО. I гр. включала соматоформные расстройства (F45 – 29,9%):

соматизированное и ипохондрическое по 50%; II гр.: тревожно-фобическое (F40) (22,4%) и конверсионное (F44) (14,9%) расстройства с неврастенией (F48.0) (7,5%). Контрольная гр. – 33 женщ. с ХСО, но без НР и СР.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, экспериментально-психологический, клинико-сексологический и гинекологический.

Результаты: При ХСО выявлялись диспарейния (27%), снижение либидо (44%) и нарушение оргазма (38%). Акцентировалось внимание на диспарейнии и либидо. НР и СР во II гр. были более тяжёлыми, поэтому во II гр. использовались более глубокие техники психосинтеза: «Внутренний ребёнок», «Регресс к аутистико-симбиотической стадии развития» (Руффлер М., 1998). Общие техники для I-II групп: «Растождествление с симптомом»; «Метафорический внутренний диалог с субличностями» (Ассаджиоли Р., 2002; Йоманс Т., 1993; Руффлер М., 1998; Феруччи П., 1992). Выделялись следующие субличности: «воспалённая», «испытывающая сексуальное чувство вины», «наказывающая себя», «любящая болезнь» и др. Для метафорического общения с субличностями использовались следующие вопросы: «в чём твоя цель, что ты от меня хочешь» и др. Анализировался переносный смысл коитальной боли (сниженного либидо или др. симптома) и осуществлялось растождествление: «У меня есть боль – но я не боль; у меня есть дискомфорт – но я не дискомфорт и др.». Отдельные пациентки, например, говорили, что на фоне ХСО у них снижено сексуальное влечение; а метафорический переносный смысл диспарейнии они понимали так: «соглашение на интим может привести к обострению и утяжелению гинекологического заболевания или к «амнезии» обиды на партнёра». При психосоматическом

расстройстве, когда личность как бы «спаяна» с симптомом (субличностью), то посредством метафорической визуализации при растождествления личность переводилась в состояние «наблюдателя» (Колошина Т.Ю., 2008; Фарафонов Е.А., 2018).

Выводы: Психосинтетическая ПТ при растождествлении с симптомом позволяет снизить интенсивность или полностью устранить сексуальное психосоматическое расстройство, если отсутствуют выраженные структурные гинекологические изменения.

Метод позволяет интегрировать психические динамические подструктуры (субличности) в целостной личности.

Психосинтез Р. Ассаджиоли как долгосрочный и глубокий метод трансперсональной ПТ эффективен при комплексной терапии СР в гинекологии (сексогинекологии).

Данилова Л.Ю.¹, Киреева И.П.²

АЛОПЕЦИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

1 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

2 - ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Danilova L.Yu.¹, Kireeva I.P.²

ALOPECIA AS A KIND OF FUNCTIONAL PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDHOOD

1 - Russian Medical Academy of Advanced Professional Education, Moscow, Russia

2 - Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Актуальность: Популяционные исследования показали, что у 10-35 % больных, обращающихся за медицинской помощью, возникновение и глубина соматических расстройств связаны с нарушением психической деятельности. Психосоматические расстройства у детей сопровождаются быстрым развитием социальной дезадаптации и нарушением межличностных контактов. Феномен очаговой алопеции (ОА) рассматривается как синдром неизвестной этиологии с частым началом в подростковом возрасте. Среди психических расстройств, возникающих у страдающих ОА, упоминаются тревожно-депрессивные расстройства, социальные фобии, посттравматический стресс и суицидальные тенденции.

Цель: описание коморбидности ОА у детей с депрессивными расстройствами.

Материал и методы: Соматическое и психопатологическое обследование проведено 15 школьникам с наличием ОА при отсутствии другой патологии кожи и волос, а также соматической (эндокринной, неврологической и др.) патологии; длительность наблюдения интернистом 1–5 лет.

Результаты и обсуждение: У 6 детей отмечалась субтотальная и тотальная очаговая алопеция, у 9 – очаговая (гнездная). С точки зрения соматолога, симптоматика не соответствовала какой-либо нозологии. Больных отличало обилие вегетативных нарушений ваготонического или смешанного типа (зябкость, потливость, мраморность кожных покровов, гипотензия, др.), нарушения сна и аппетита. Выявлялось подострое начало и волнообразное течение страдания с ситуационными и сезонными обострениями, относительная выносливость к физическим нагрузкам и ухудшение клинической картины при психическом напряжении. При психиатрическом обследовании выявлялась стертая тоскливая или тревожно-тоскливая депрессия различного генеза. Вегетативные нарушения и ОА развивались на фоне уже измененной аффективности, лишь в одном случае ОА наблюдалась с самого начала аффективных расстройств. По сути, ОА играла роль фасадного симптомокомплекса по отношению к аффективным расстройствам в рамках единого синдрома «маскированных депрессий». С каждым последующим эпизодом аффективных расстройств и ОА формировался механизм «порочных кругов» взаимопотенцирующего действия ситуационных, соматических, аффективных и личностных факторов защитного характера.

Терапия базировалась на антидепрессантах седативного или сбалансированного действия, но при состояниях с рудиментарными обманами восприятия и/или нарушениях мышления по типу «юношеской астенической несостоятельности» (что нередко встречалось при депрессиях эндогенной природы) требовала присоединения малых доз атипичных нейролептиков. При рецидивах маскированной депрессии с ОА назначалась нормотимическая терапия.

Для профилактики учебной и социальной дезадаптации желательно было включение в комплексную терапию психотерапевтических занятий.

Выводы: В детской дерматологии известную долю больных составляют дети с функциональными психосоматозами, в основе которых лежат маскированные депрессии. ОА может являться одной из масок депрессивного синдрома. Лечение должно быть комплексным с включением как общесоматических, так и психоактивных препаратов, в сочетании с психотерапией.

Худина Ю.С.¹, Бачурина О.В.²

ОСОБЕННОСТИ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У СТУДЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

¹ - ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

² - ГБУЗ РО «Психоневрологический диспансер» МЗ РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Khudina J.S.¹, Bachurina O.V.²

FEATURES OF SKIN MANIFESTATIONS IN STUDENTS WITH NEUROTIC CONDITIONS

¹ - Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

² - Rostov branch «Mental hospital», Rostov-on-Don, Russia

Актуальность: Описание кожи, как индикатора психических отклонений, были описаны еще в 18 веке. К изучению данной проблематики подключились доктора разных специальностей.

Цель: Нашей целью явилось изучение взаимосвязи особенностей кожных проявлений с невротическими компонентами у формально здоровой выборки студентов, а

также изучение перехода невротического компонента в психическое расстройство в случае выявления взаимосвязи.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе РостГМУ, включало в себя анонимное анкетирование в промежуточном цикле обучения. Анкета включала опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) и авторский опросник. В опросе приняли участие 105 формально здоровых студентов 3-5 курсов (42 юноши, 63 девушки). К исследованию не привлекались лица с хроническими заболеваниями, а также лица принимающие лекарственные препараты. Статистическая обработка проводилась путем первичного и вторичного анализа, использовалась программа MS Excel 2003.

Результаты: При анализе опросника для выявления и оценки невротических состояний, в группе девушек отклонения по шкалам отметили 41 человек, в группе юношей – 12 человек. Максимальная частота отклонений в группе девушек оказалась в шкалах «обсессивно-фобические нарушения», «невротическая депрессия», «вегетативные нарушения», «астения», «тревога», «истерический тип реагирования». У юношей – в шкалах: «тревога», «истерический тип реагирования», «обсессивно-фобические нарушения», «вегетативные нарушения», «невротическая депрессия», «астения».

В результате анализа авторского опросника, включавшего в себя самодиагностику на наличие кожных проявлений, выявлено следующее: «аллергию» выявили у себя 19 девушек и 12 юношей, из них 9 девушек и 7 юношей утверждали, что она не связана с пищевыми либо иными видами аллергенов.

При сопоставлении двух опросников выявлено: группа 9 девушек с «аллергией» отметила отрицательные значения в

следующих шкалах: «тревога», «невротическая депрессия», «астения», «истерический тип реагирования», «обсессивно-фобические нарушения», «вегетативные нарушения». В группе 7 юношей шкалы были следующими: «невротическая депрессия», «астения», «истерический тип реагирования». Различие уровня признака в сравнительных гендерных группах по «аллергии» и шкалам невротизации оказалось статистически не значимо ($p > 0,05$). Парный t-критерий Стьюдента статистически не значим ($t = 0,438$; $p = \text{NaN}$).

На вопрос о пигментных пятнах различной интенсивности окраски и месторасположения положительно ответили 27 девушек и 14 юношей. В группе девушек отрицательные значения по шкалам невротических состояний были в следующих шкалах: «тревога», «невротическая депрессия», «астения», «истерический тип реагирования», «обсессивно-фобические нарушения», «вегетативные нарушения». В группе юношей – в шкалах: «тревога», «невротическая депрессия», «астения», «истерический тип реагирования», «обсессивно-фобические нарушения», «вегетативные нарушения». Парный t-критерий Стьюдента статистически не значим ($t = 0,386$, $p = \text{NaN}$).

Выводы: Проведенное исследование формально здоровых студентов позволяет говорить о том, что невротические состояния в гендерной выборке не коррелируют с «аллергическими» кожными проявлениями. Заметные процентные соотношения проявлений по шкалам невротизации, «аллергии», «пигментации» также не являются статистически значимыми, что позволяет говорить об отсутствии в данной выборке корреляции и невозможности выявления перехода невротического компонента в психическое расстройство по признаку проявления нарушений кожных покровов.

Добаева Н.В.

**АНАЛИЗ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН С
ПСОРИАЗОМ**

*МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ,
Москва, Россия*

Dobaeva N.V.

ANALYSIS OF SEXUAL DISORDERS IN MEN WITH PSORIASIS

*Moscow scientific-research Institute of Psychiatry, Moscow,
Russia*

Актуальность: Псориаз – это хроническое, рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, которым страдает примерно 1,5-3% населения. Тяжелое, рецидивирующее, резистентное к терапии течение хронического дерматоза, высыпания на видимых участках кожи могут вызывать у людей чувство стыда и дискомфорта и приводить к возникновению нервно-психических расстройств и как следствие влиять на профессиональный и семейный статус, что может провоцировать возникновение сексуальных расстройств и приводить к ухудшению качества жизни.

Цель: Выявление при помощи методов исследования применяемых в сексологической практике клинических вариантов сексуальных дисфункций у больных псориазом.

Материалы и методы: Всего было обследовано 34 мужчины в возрасте от 18 до 40 лет для определения степени влияния кожной патологии на сексуальную жизнь. Методами исследования были клинико-психопатологический, психологический (с использованием психологических тестов Люшера, секс-теста, ММРІ, шкалы Гамильтона), сексологический (с использованием карт сексологического обследования, разработанные Васильченко Г.С.) и для оценки показателей качества жизни использовали медико-

социологическую анкету Дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты: Было выявлено, что у 68,3% пациентов отмечалась задержка психосексуального развития. Показатель ДИКЖ составил $25,1 \pm 0,18$, по тесту Гамильтона $24 \pm 1,03$. Больные псориазом проявляли большой дефицит при обмене взаимными ласками с партнерами. Ответ стоит искать в симптоматике псориаза, которая носит обезображивающий и стигматизирующий характер. Состояние социальной депривации, сознание собственной неполноценности в виду косметического дефекта кожи приводило к формированию проблем в сексуальной жизни. Эректильная дисфункция была обнаружена у 15 пациентов, а снижение сексуального влечения и проблемы с эрекцией отметили 25 человек. Отмечалась динамика сексуальных нарушений, которые манифестировали расстройствами эрекции, а в последующем при присоединении аффективной патологии отмечалось снижение либидо. Большинство пациентов 73,5% заявили, что состояние кожи хотя бы изредка негативно влияло на их интимную жизнь. Мужчины предпринимали сексуальные попытки заранее сомневаясь в своих сексуальных возможностях, что превращается в факторы тормозящие появление эрекций и негативно отражающиеся на сексуальном возбуждении.

Выводы: В проведенном исследовании обнаруживается тесная взаимосвязь между эмоциональным состоянием пациентов, проявлениями псориаза и сексуальными расстройствами. Подавляющее большинство мужчин чувствовали себя непривлекательными во время обострения псориаза и смущались, если на открытых участках тела присутствовали повреждения кожи и старались избегать сексуальной активности. При постановке клинического диагноза у лиц, страдающих псориазом необходимо учитывать возможные психопатологические расстройства и

сексуальные дисфункции которые могут влиять на качество жизни в целом. Эти знания помогут профилактике, ранней диагностике и более эффективному лечению больных с псориазом и своевременного оказания больным квалифицированной сексологической и психиатрической помощи.

Сорокина Д.С.

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Чепик

Екатерина Александровна

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-
стоматологический университет имени А.И.Евдокимова МЗ
РФ, Москва, Россия*

Sorokina D.S.

**STATE OF DENTOALVEOLAR SYSTEM IN CHILDREN WITH
DISORDERS OF MENTAL STATUS**

*Moscow state university of medicine and dentistry named after
A.I. Evdokimov, Moscow, Russia*

Актуальность. Медицинская и социальная реабилитация детей-инвалидов – одна из важнейших задач системы здравоохранения. В 19,6 % случаев причинами инвалидности детства являются психические расстройства, которые также составляют более 40% всех хронических заболеваний. Постепенно возрастающие показатели распространенности и заболеваемости психическими расстройствами, а также отсутствие научных данных как в отечественной, так и в зарубежной литературе, не только о специфике ортодонтического лечения и профилактики, но и о морфофункциональных особенностях зубочелюстной системы такой категории пациентов являются основанием для изучения данной темы.

Цель. Изучить морфофункциональные особенности зубочелюстной системы детей с различными психическими расстройствами.

Задачи. 1. Определить распространенность и степень выраженности зубочелюстных аномалий у детей, страдающих различными формами психических расстройств. 2. Сравнить

полученные результаты с имеющимися данными о распространенности различных видов зубочелюстных аномалий.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой. Было проведено обследование 50 пациентов мужского пола в возрасте от 7 до 12 лет, которое включало 1) клинический осмотр (внешний осмотр, осмотр полости рта) 2) антропометрическое исследование параметров лица и головы 3) антропометрическое исследование гипсовых моделей зубных рядов 4) проведение мионометрии мышц челюстно-лицевой области с помощью аппарата «Mioton-3с».

Результаты. У обследуемых детей в 92% случаев были выявлены зубочелюстные аномалии. Из аномалий окклюзии зубных рядов в 46 % встречалось сочетание дистальной окклюзии и сагиттальной резцовой дизокклюзии, в 20% - вертикальная резцовая дизокклюзия, в 16% - сочетание глубокой резцовой окклюзии и дистальной окклюзии, в 10% - глубокая резцовая окклюзия. Антропометрическое изучение гипсовых моделей зубных рядов показало увеличение длины переднего отрезка верхнего зубного ряда в 80% в среднем на 3,5 мм, сужение верхнего зубного ряда в 76% в среднем на 6, 3 мм. У обследованных детей на уровне отдельных зубов были выявлены следующие нарушения: в 40% случаев наблюдалось вестибулярное положение клыков верхней челюсти, в 22% - оральное положение клыков верхней челюсти, в 16% - супраположение клыков верхней челюсти, в 62% скученное положение резцов нижней челюсти, в 52% скученное положение резцов верхней челюсти.

Выводы. Выявленные у данного контингента обследуемых аномалии окклюзии имеют выраженную распространенность и степень проявления. Предупреждение и исправление перечисленных зубочелюстных аномалий

должно являться частью медицинской и социальной реабилитации таких пациентов.

Мурачуева А.Г., Джангильдин Ю.Т., Слабковская А.Б.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОДРОСТКОВ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова МЗ РФ, Москва, Россия

Murachueva A.G., Dzhangildin Yu.T., Slabkovskaya A.B.
CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
ADOLESCENTS UNDERGOING ORTHODONTIC TREATMENT
Moscow state university of medicine and dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Актуальность. Психологический статус пациентов, проходящих ортодонтическое лечение, имеет большое значение в комплексной коррекции аномалий зубочелюстной системы и определяет его успех или неудачу. В связи с этим изучение психологического состояния пациента на предварительном этапе обращения к врачу-ортодонту могло бы повысить комплаентность пациента, а также послужить основой для разработки адекватных программ лечения и профилактики, в том числе основанных на взаимодействии врача, подростка и его родителей.

Цель. Изучить клинико-психологические особенности пациентов, проходящих ортодонтическое лечение.

Материалы и методы. На базе Клинического центра «Челюстно-лицевой, реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии» было обследовано 30 подростков в возрасте 12-17 лет, которые были распределены на 2 группы в соответствии с периодизацией психологического развития Д.Б. Эльконина (1 группа - 12-15 лет (18 подростков), 2

группа - 15-17 лет (12 подростков). Применялись психометрические методики: 14-факторный личностный опросник Кеттела (вариант для подростков от 12 до 18 лет и состоящий из 142 вопросов) и тест САН (самочувствие, активность, настроение).

Результаты. Анализ данных опросника Кеттела показал, что подростки 1 группы имели низкие значения по фактору J (индивидуализм – участие в общих делах), что характеризовало их как предприимчивых, предпочитающих групповые действия, любящих внимание и энергичных, принимающих общие нормы и оценки. Кроме того, наблюдались повышенные значения по фактору E (подчиненность-доминирование), свидетельствующему о выраженной склонности к самоутверждению, противопоставлению себя как детям, так и взрослым, со стремлением к лидерству и доминированию. Подростки 2 группы имели высокие значения по фактору I (реалистичность – чувствительность), который объяснял мягкость, сентиментальность, доверчивость, потребность в поддержке, высокую подверженность влияниям внешней среды. Оценки по другим шкалам находились в диапазоне умеренных значений. По опроснику САН в 1 группе три категории показателей (самочувствие, активность, настроение) находились в диапазоне средних значений, что свидетельствовало о том, что обследуемые находились в состоянии психофизического равновесия перед опросом. Во 2 группе, напротив, все три показателя находились в диапазоне низких значений, что свидетельствовало об усталости таких пациентов.

Заключение. Категория подростков 15-17 лет нуждается в принятии, сотрудничестве со специалистом, учитывая их сензитивность и потребность в одобрении. Подростки из категории 12-15 лет требуют качественно иного внимания специалиста, поощрение лидерских качеств с уделением

внимания ответственности за процесс лечения и уход за ортодонтической аппаратурой. Оптимальность подходов с учетом знания психологических особенностей позволит повысить приверженность пациентов к ортодонтическому лечению, улучшить исходы и предупредить прерывание начавшегося лечения.

**Ситкина Е.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В., Орехова Л.Ю.,
Кудрявцева Т.В.**

**РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ В
ФОРМИРОВАНИИ ОТНОШЕНИЯ К
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ И
КОМПАЭНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия*

**Sitkina E.V., Isaeva E.R., Tachalov V.V., Orechova L.U.,
Kudryavtseva T.V.**

**THE ROLE OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS
IN SHAPING ATTITUDES TOWARDS DENTAL HEALTH AND
COMPLIANCE BEHAVIOR**

*FSBEI HE I.P. Pavlov SPbSMU MOH Russia, Saint-Petersburg,
Russia*

Актуальность. Стоматологи и психологи сходятся во мнении, что здоровье, в том числе стоматологическое, является неотъемлемым компонентом качества жизни (Гажва С.И. с соавт., 2012; Яременко А.И. с соавт., 2018). Однако отсутствуют четкие критерии оценки и методы измерения уровня комплаентности пациентов (Ялтонский В.М. с соавт., 2011). Специалисты утверждают, что от индивидуального подхода и выстроенной коммуникации врача с пациентами во многом зависит успешность лечения и соблюдение врачебных рекомендаций (Partovi M., 2010; Ялтонский В.М. с соавт., 2011; Macri D., 2016; Ситкина Е.В. с соавт.; 2017).

Цель. Изучение отношения к стоматологическому здоровью и установление взаимосвязей между личностными особенностями стоматологических пациентов и выполнением рекомендаций врача-стоматолога.

Материалы и методы. Обследовано 63 женщины (средний возраст $38,6 \pm 14,6$), 35 мужчин (средний возраст $37,2 \pm 13,1$). Стоматологические индексы: SPITN, PMA, Saxer & Muhlemann, Silness & Loe, OHI-S. Психодиагностические методы: Характерологический опросник Леонгарда-Шмишека; Индивидуально-типологический опросник Собчик Л.Н., Анкета отношения к стоматологическому здоровью.

Результаты. Большинство респондентов (38%) определили «Стоматологическое здоровье» как отсутствие болевых ощущений и физического дискомфорта. Среди эмоций, испытываемых перед посещением врача-стоматолога отмечались: напряжение (30%), тревога (26%), нервозность (18%) и страх (13%). Среди критериев оценки качества стоматологической помощи выделены: результативность (38%), безболезненность (16%); среди критериев оценки компетентности стоматолога были выделены: коммуникативные навыки (34%), профессиональная компетентность (27%); соблюдение этики (12,7%).

Гипертимная акцентуация характера была отрицательно взаимосвязана с индексами Green-Vermillion ($r = -0,234$; $p \leq 0,05$), PMA ($r = -0,328$; $p \leq 0,01$), Silness & Loe ($r = -0,292$; $p \leq 0,01$), Saxer & Muhleman ($r = -0,288$; $p \leq 0,01$). С индексом SPITN имели прямую корреляцию тревожно-боязливый тип акцентуаций ($r = 0,219$; $p \leq 0,05$) и дистимический ($r = 0,218$; $p \leq 0,05$), и интроверсивная направленность личности ($r = 0,219$; $p \leq 0,05$). С индексом PMA имели отрицательные корреляции с демонстративным типом акцентуаций ($r = -0,291$; $p \leq 0,01$) и аффективно-экзальтированным типом ($r = -0,234$; $p \leq 0,05$) и экстраверсивная направленность личности ($r = -0,262$; $p \leq 0,01$).

Заключение. Установлено, что существует связь между личностными особенностями и приверженностью рекомендациям врача-стоматолога. Активные и социально-направленные пациенты тщательно следят за полостью рта; врачу необходимо поддерживать и мотивировать таких пациентов. Больше внимания следует уделять тревожным пациентам, т.к. они в меньшей степени следят за своим состоянием здоровья полости рта. Полученные данные помогут врачу-стоматологу подобрать персонализированный подход к каждому пациенту и улучшить систему отношений «врач-пациент».

Рожкова К.И.

**ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ ФОРМЫ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ВАЖНОГО ЭЛЕМЕНТА
МИКРОЭСТЕТИКИ УЛЫБКИ**

*ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова МЗ
РФ, Москва, Россия*

Rozhkova K.I.

**PERCEPTION OF THE SHAPE OF MAXILLARY CENTRAL
INCISORS AS AN IMPORTANT ELEMENT OF SMILE
MICROEAESTHETICS**

*Moscow state university of medicine and dentistry named after
A.I. Evdokimov, Moscow, Russia*

Актуальность. Медицинская эстетика призвана заниматься реабилитацией физических свойств человеческого тела в соответствии с научно обоснованными критериями эстетической оценки. Это законы пропорциональности и симметрии, принципы формообразования и цветовой гармонии, возрастные и половые особенности и др.

Количественные методы в эстетике открывают все новые закономерности в структуре красоты человека и позволяют Большое значение уделяется размеру и форме зубов, наличию промежутков между зубами, «черных треугольников», положению контактных точек соседних зубов и другим немаловажным параметрам, характеризующим красивую эстетичную улыбку.

Форма резцов оказывает большое влияние на микроэстетику улыбки. Нестандартная конфигурация коронок резцов приводит к необходимости учитывать это в плане лечения.

Цель: оценить восприятие формы центральных резцов верхней челюсти как составной части микроэстетики улыбки.

Материалы и методы. Для оценки эстетики улыбки было изготовлено 5 фотографий лица улыбающейся девушки, на которых с помощью программы Photoshop была изменена форма центральных резцов верхней челюсти: фото с квадратными зубами, фото с треугольными зубами, фото сбочкообразными/круглыми, фото с прямоугольными и фото совальными зубами. Фотографии были показаны трем группам респондентов: ортодонтам, стоматологам других специальностей и людям немедицинских профессий. Им предлагалось оценить каждую из пяти фотографий, но опрашиваемым не сообщали о различиях на фотографиях. Было дано задание: «Оцените каждую фотографию по шкале от 1 до 5, где 1 – наименее симпатичная, а 5 – наиболее понравившаяся вам». Оценка эстетики лица каждой фотографии проставлялась по 5-балльной шкале, где 1 – худшее фото, 2 – плохое, 3 – нейтральное, 4 – хорошее и 5 – лучшее фото на усмотрение тестируемого.

Было опрошено 70 человек в возрасте от 17 до 61 года, из них 28 (40%) ортодентов, 20 (28.5%) стоматологов и 22 (31.5%) человека других профессий. В опросе ортодентов принимали участие только женщины, в опросе стоматологов 9 мужчин и 11 женщин, а у людей других

профессий мужчин – 7 человек, женщин – 15. Средний возраст опрошиваемых ортодонтотв – 28 лет, стоматологов – 32, людей других профессий – 35.

Все фотографии, использованные в исследовании, были абсолютно одинаковыми. Отличие было только одно – форма центральных резцов верхней челюсти. Поэтому различия в оценке фотографий расценивали как влияние формы резцов на эстетику лица.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что, показывая фотографии лица человека с широкой улыбкой, все лица опрошенных групп обращали внимание именно на форму зубов, несмотря на то, что в задании указывалось «оценить фотографию». В ходе исследования было выявлено, что наиболее привлекательна улыбка с квадратными зубами. Улыбка с треугольными зубами была оценена как самая неэстетичная. При оценке улыбки с овальными зубами люди немедицинских профессий оценили эту форму как привлекательную, в отличие от остальных групп исследуемых. В сравнении полученных данных статистически значимой разницы между оценкой улыбок с круглыми и прямоугольными зубами не обнаружено.

Вывод. При лечении пациента выбор наиболее подходящих и эстетических форм зубов для каждого пациента должен происходить индивидуально для каждого и быть комплексным, включая мнение врача-ортодонта и стоматолога-ортопеда.

**Ефремова Е.В.¹, Шевалаев Г.А.^{1,2}, Ефремов И.М.^{1,2},
Чиндина Н.В.¹, Люкшонкова К.А.¹, Спорова В.Н.¹
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ
КОМОРБИДНОСТИ**

*1 - ФГБОУ ВО «Ульяновский Государственный университет»,
Ульяновск, Россия*

*2 - ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи имени
заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», Ульяновск,
Россия*

**Efremova E.V.¹, Shevalaev G.A.^{1,2}, Efremov I.M.^{1,2}, Chindina
N.V.¹, Lyukshonkova K.A.¹, Sporova V.N.¹
INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND QUALITY OF
LIFE IN OLDER PATIENTS TRAUMATOLOGICAL PROFILE
WITH COMORBIDITY**

1 - Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

*2 - Ulyanovsk Regional Clinical Center for Specialized Medical
Services, Ulyanovsk, Russia*

Актуальность. Коморбидность негативно влияет как на клиническое состояние пациента, так и на качество жизни и прогноз. Изучение особенностей внутренней картины болезни пациентов травматологического профиля, находящихся на вынужденном длительном постельном режиме, необходимо для разработки индивидуальных социально-реабилитационных программ, особенно для больных старшей возрастной группы.

Цель исследования: изучить внутреннюю картину болезни и качество жизни больных старшей возрастной группы травматологического профиля в условиях коморбидности.

Материалы и методы. Обследованы 50 больных (14 мужчин и 36 женщин, средний возраст 71,5±8,1 лет), находившихся

на стационарном лечении в травматологическом стационаре. Все больные имели травму костного скелета, приведшую к длительному нахождению на постельном режиме. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и расценивали как высокую при $ИК \geq 6$ баллов. Для оценки внутренней картины болезни использовался Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) (Личко А. Е., Иванов И. Я., 1980); для оценки качества жизни (КЖ) - опросник "SF-36" (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey), для оценки когнитивных расстройств - Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Исследование больных осуществлялось в период с 10 по 14 день нахождения больного на постельном режиме в стационаре.

Результаты. ИК у больных составил $4,9 \pm 1,8$ балла. В структуре внутренней картины болезни больных выявлены сочетания следующих дезадаптивных типов отношения к заболеванию: тревожного (45,4%), паранойяльного (36,9%), неврастенического (27,8%). У больных с высокой коморбидностью по сравнению с больными с низкой коморбидностью чаще наблюдался сенситивный тип отношения к заболеванию (38,3% и 16,9% соотв., $\chi^2=9,5$; $P=0,002$), который характеризуется чрезмерной озабоченностью о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Профиль КЖ больных с высоким уровнем коморбидности оказался достоверно ниже, чем у больных с низкой коморбидностью по шкалам, определяющим как физический, так и психологический компоненты здоровья, $p < 0,01$. У большинства больных выявлены предметные когнитивные нарушения - 30 (60%) пациентов, а у 18 (36%) - деменция легкой степени выраженности. У больных преобладали нарушения памяти (75%) и внимания (67%).

Выводы. Больные старшей возрастной группы травматологического профиля характеризуются дезадаптивной внутренней картиной болезни, преддементными когнитивными нарушениями. Коморбидность ухудшает качество жизни больных травматологического профиля, находящихся на длительном постельном режиме, по физическим и психологическим компонентам здоровья, и приводит к закреплению дезадаптивных типов отношения к болезни.

**Ефремова Е.В.¹, Шевалаев Г.А.^{1,2}, Ефремов И.М.^{1,2},
Новгородский В.А.¹, Тимофеев А.А.¹, Залялеева Ч.Р.¹**
**ЛИЧНОСТНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ
ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ**

¹ - ФГБОУ ВО «Ульяновский Государственный университет»,
Ульяновск, Россия

² - ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр
специализированных видов медицинской помощи имени
заслуженного врача России Е.М. Чучкалова», Ульяновск,
Россия

**Efremova E.V.¹, Shevalaev G.A.^{1,2}, Efremov I.M.^{1,2},
Novgorodskij V.A.¹, Timofeev A.A.¹, Zalyaleeva Ch.R.¹**
**PERSONAL STATUS OF OLDER PATIENTS
TRAUMATOLOGICAL PROFILE WITH COMORBIDITY**

¹ - Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

² - Ulyanovsk Regional Clinical Center for Specialized Medical
Services, Ulyanovsk, Russia

Актуальность. Увеличение продолжительности жизни ассоциировано с высокой коморбидностью, что определяет важность пациент-ориентированного подхода. Социально-реабилитационные проблемы больных травматологического профиля, находящихся на вынужденном длительном

постельном режиме, у пациентов старшей возрастной группы особенно актуальны, учитывая специфику психологического реагирования у пожилых.

Цель: изучить личностный статус больных старшей возрастной группы травматологического профиля в условиях коморбидности.

Материалы и методы. Обследованы 50 больных (14 мужчин и 36 женщин, средний возраст $71,5 \pm 8,1$ лет), находившихся на стационарном лечении в травматологическом стационаре. Все больные имели травму костного скелета, приведшую к длительному нахождению на постельном режиме. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и расценивали как высокую при $ИК \geq 6$ баллов. Для оценки личностного профиля использовались Шкала Цунга, шкала самооценки реактивной и личностной тревожности (С.Д. Spielberger), опросник Басса-Дарки, опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРП). Исследование больных осуществлялось в период с 10 по 14 день нахождения больного на постельном режиме в стационаре.

Результаты. ИК у больных составил $4,9 \pm 1,8$ балла. Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза наблюдалась у 16 (32%) пациентов, субдепрессивное состояние – у 9 (18%) больных. У каждого второго больного выявлен высокий уровень реактивной тревожности – 25 (50%), умеренный – у 20 (40%), низкий – у 5 (10%) больных. Большинство больных имели высокий уровень личностной тревожности – 35 (70%), умеренный – 12 (24%), высокий – 3 (6%) больных. Наблюдалась обратная связь между ИК и уровнем реактивной тревожности ($r = -0,4$, $p = 0,04$). Больные, имеющие более высокую коморбидность обладали более высоким уровнем реактивной тревожности. У большинства больных наблюдался нормальный уровень агрессивности и враждебности (42 (84%), 40 (80%) соотв.). У больных с

высокой коморбидностью по сравнению с низкой коморбидностью индекс враждебности более выражен: $8,9 \pm 2,3$ и $6,5 \pm 1,6$ % соотв., $p=0,03$. Усредненный профиль Мини-мультибольных, находящихся на длительном постельном режиме - депрессивно-ипохондрического характера с пиком по шкале ипохондрии ($74,4 \pm 10,6$ балла), менее выраженным подъемом на шкале депрессии ($61,3 \pm 10,9$ балла) и психастении ($68,4 \pm 11,3$ балла).

Выводы: Больные старшей возрастной группы травматологического профиля характеризуются высоким уровнем реактивной и личностной тревожности, склонностью к депрессивно-ипохондрическому синдрому. Наличие высокой коморбидности приводит к повышению тревожности и враждебности больных, находящихся на длительном постельном режиме, что необходимо учитывать при выборе тактики наблюдения и ведения данной категории пациентов.

Шепелева Е.В.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У
ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*ГБУЗ "Инфекционная клиническая больница №2 ДЗМ",
Москва, Россия*

Shepeleva E.V.

**SPECIFICS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS
WITH HIV**

*Moscow Infectious Hospital №2 of the Department of Health,
Moscow, Russia*

Актуальность: проблема депрессивных расстройств становится все более приоритетной в связи с их достаточно высокой распространенностью и неблагоприятным влиянием на течение и прогноз ВИЧ-инфекции. Депрессия у ВИЧ-инфицированных больных трудно распознаваема из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые выступают на первый план в клинической картине.

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические особенности депрессий у больных ВИЧ-инфекцией, с целью улучшения качества диагностической и лечебно-профилактической помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: в ходе работы были обследованы 36 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 20 до 44 лет с депрессивными расстройствами. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона. Результаты и обсуждения: в общем объеме депрессивных расстройств преобладали пациенты с легкой 50% и средней 47% степенью выраженности. Среди обследуемых женщины составляли 22 человека 61% и мужчины 14 человек 39%. У женщин депрессия средней степени наблюдалась в 9 случаях

около 40%, что реже, чем у мужчин 8 случаев 57%; больше преобладала депрессия легкой степени. Тяжелая депрессия – у одной пациентки. Классические симптомы депрессивного синдрома отмечались у 25% женщин и 30% мужчин.

Пациенты жаловались на пониженное и плохое настроение, отсутствие интереса к жизни, чувство бессилия, усталости от болезни, суицидальные мысли. Каждый второй пациент жаловался на различные нарушения сна: трудности с засыпанием, разбитость по утрам, частые тревожные пробуждения, «неприятные» сновидения. Также беспокоили слезливость, неустойчивость настроения, апатичность. Пациенты отмечали раздражительность, тревожность, «истерики», чувство агрессии к окружающим. Практически все пациенты предъявляли массу соматических жалоб: болевой синдром различной этиологии, кожный зуд, диспепсические расстройства.

В зависимости от предъявляемых жалоб депрессия была поделена на 3 типа: маскированная у 5 женщин и 3 мужчин; тревожная у 5 мужчин и 4 женщин и дисфорическая у 7 мужчин и 13 женщин. У больных с тревожной депрессией тревога проявлялась в течение всего дня, усиливалась в вечерне-ночное время. Отмечалось развитие стрессового состояния у 2 женщин и 1 мужчины. Дисфорическая депрессия включала поведенческие нарушения: агрессия; одновременное требование «улучшить» качество обследования и лечения и отказ от проведения медикаментозных манипуляций; демонстративно-шантажное поведение, истерические реакции, судяжничество. У лиц с дисфорической депрессией часто отмечалось развитие недовольства сложившейся ситуацией, снижение когнитивных функций, а также снижение критики к своему

состоянию и поведению. У пациентов с маскированной депрессией преобладали многочисленные соматические жалобы на фоне тревоги и нарушения сна.

Заключение: по результатам исследования видно, что у пациентов преобладает средняя у мужчин и легкая у женщин степень выраженности депрессивных расстройств. У мужчин преобладают дисфорическая и тревожная депрессия, у женщин дисфорическая. Поведенческие нарушения встречаются примерно равновелико как у мужчин, так и у женщин. Полученные результаты позволяют дифференцированно подходить к лечебным медикаментозным и психотерапевтическим мероприятиям у пациентов этого плана.

Шепелева Е.В.

**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*ГБУЗ "Инфекционная клиническая больница №2 ДЗМ",
Москва, Россия*

Shepeleva E.V.

**SPECIFICS OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN PATIENTS WITH
HIV**

*Moscow Infectious Hospital №2 of the Department of Health,
Moscow, Russia*

Актуальность: проблема суицидального поведения является приоритетной в вопросах диагностики и лечения психических расстройств у ВИЧ-инфицированных в условиях роста заболевания и количества суицидальных поступков.

Цель исследования: выявить особенности психосоциальных и клинических показателей пациентов с ВИЧ-инфекцией,

совершивших суицидальные поступки и поступивших для лечения основного заболевания в инфекционный стационар с целью оптимизации лечебной тактики этих пациентов.

Материалы и методы: обследованы 32 пациента, из которых 20 женщин и 12 мужчин. Средний возраст женщин от 24 до 42 лет, у мужчин – от 21 до 40 лет. Исследование проводилось наблюдением пациентов за время их пребывания в инфекционном стационаре.

Результаты и обсуждения: среди обследуемых пациентов, совершивших суицидальные действия отмечены пациенты с 2 и 4 стадиями ВИЧ-инфекции (\ по Покровскому В.И.) ; случаев суицидальных поступков в остальных стадиях (1 ст. – инкубационная, 3 ст. – латентная и 5 ст. – терминальная) не зарегистрировано. Более половины случаев суицидального поведения пришлось на 2 стадию (стадия первичных проявлений); отмечены суицидальные поступки у 12 женщин и 8 мужчин, как реакция на впервые выявленный диагноз ВИЧ-инфекции. У женщин преобладал способ отравления медикаментозными препаратами 58 % случаев и нанесение само порезов 42%, из которых истинными суицидами являлись каждый 5 суицидальный акт; остальные носили демонстративный характер. Основной причиной пациентки называли страх признаться родным и близким в своем заболевании, в то время как у мужчин основной причиной истинных суицидов были боязнь мучительной болезни и желание легко умереть. Истинные суициды у мужчин встречались реже: – в 2 случаях; способы совершения – удушение и отравление медикаментозными препаратами. Усугубляли суицидальные тенденции конфликты в семье, на работе и учебе, а также финансовое неблагополучие. У пациентов 4 стадии ВИЧ-инфекции

(стадия вторичных заболеваний) чаще встречались демонстративные и демонстративно-шантажные поступки, направленные на привлечение к себе внимания со стороны медицинского персонала для «более качественного лечения» и ожидания сочувствия со стороны близких. В этой группе зарегистрирован 1 случай истинных суицидальных намерений у женщины путем отравления медикаментами и 1 случай у мужчины – нанесение самопорезов.

Выводы: у лиц с впервые выявленным заболеванием отмечались более серьезные суицидальные намерения, реальное желание умереть, отсутствие летального исхода связано со своевременным обнаружением пациентов и оказанием им медицинской помощи. Суицидальное поведение чаще встречалось у лиц, связанных семейными отношениями. По ходу развития заболевания, особенно учитывая его длительный латентный период приходило осознания возможности качественного уровня жизни, используя современные способы лечения и при развитии клинической 4 стадии заболевания у пациентов преобладало желание жить и суицидальные действия носили больше демонстративный характер.

Бондарчук В.И.

**ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА И
ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С
НАРУШЕНИЯМИ СНА**

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Bondarchuk V.I.

**ELECTROPUNCTURAL DIAGNOSTICS AND
ELECTROPUNCTURAL THERAPY IN REHABILITATION OF
PSYCHONEUROLOGICAL PATIENTS WITH SLEEP
DISORDERS**

*Russian Medical Academy of Advanced Professional Education,
Moscow, Russia*

Актуальность. Диагностика (Д), дифференциальная диагностика (ДД) и коррекция (К) нарушения сна (НС) у психоневрологических пациентов (ПНП) является одной из актуальных задач амбулаторной (А) и стационарной (С) клинической медицины.

Цель: Разработка новых, более эффективных, физиологичных методов электропунктурной диагностики (ЭПД) и электропунктурной терапии (ЭПТ) в реабилитации (Р) пациент (П) с НС и внедрения их в широкую клиническую практику (КП) представляется актуальной.

Материалы и методы. Проведены исследования Д и Р характера у группы ПНП с НС. Всем П проводилось клиническое (КЛ), параклиническое (ПКЛ) обследование, ЭПД, рефлексодиагностика (РД) и мануальная диагностика (МД). Нами совершенствован, успешно апробирован и внедрён в широкую А и С КП более физиологичный, высокоэффективный и экономичный метод ЭПД и ЭПТ аппаратным компьютерным комплексом "POINTS". Для ЭПД использовали следующие корпоральные акупунктурные точки (КАТ): Р 9, МС 7, С 7, IG 5, TR 4, GI 5, RP 3, F 3, R 3, V 65, VB

40, Е 42. При выявлении гиперфункции в том или ином меридиане для ЭПТ использовали следующие седативные КАТ: Р 5, МС 7, С 7, IG 8, TR 10, GI 2, RP 5, F 2, R 1, V 65, VB 38, Е 45. При выявлении гипофункции в том или ином меридиане для ЭПТ использовали следующие тонизирующие КАТ: Р 9, МС 9, С 9, IG 3, TR 3, GI 11, RP 2, F 8, R 7, V 67, VB 43, Е 41. Выбор КАТ, аурикулярных акупунктурных точек (ААТ), местных, сегментарных, отдалённых, их сочетание и зоны микроакупунктурных систем акупунктуры определялись общим состоянием пациента, данными КЛ, ПКЛ исследования, показателями ЭПД, (РД) и (МД). Для ЭПТ П с НС и при курсовой Р обычно использовали следующие КАТ: Р 5, 7, 9; С 3, 7; R 3, 6, 7; F 2, 3; RP 1, 3, 4, 6, 9; МС 6; VC 3, 4, 6, 13, 14; V 11, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 54, 62; VG 14, 20; VB 14, 20, 21, 39, 41; IG 3; TR 5; GI 4; Е 36; PC 3 и др.; ААТ: 26, 26а, 28, 33, 37, 55, 82, 87, 95, 100 и др. При наличии у П сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические КАТ и ААТ. Сеансы обследования и Р П проводили, в основном, в вечерние часы. Во время одной процедуры использовали от 24 до 30 КАТ и ААТ. На курс Р проводили от 5 до 10 сеансов. У некоторых ПНП, при необходимости, проводили повторные 1-2 курса Р с перерывом в 1-4 недели.

Результаты. При анализе КЛ, ПКЛ данных, показателей ЭПД, РД и МД отмечено, что нормализация сна у большинства П отмечалось на 1-2 процедуре ЭПТ. Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса Р отмечено у 85% П, улучшение – у 14 % П. У 1 % П была необходимость в проведении 1-2 курсов Р. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе П и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки Р. Проведение сеансов ЭПД и ЭПТ осуществляется асептично, безболезненно, является эффективным, переносится П хорошо. Побочных отрицательных реакций у всех П отмечено не было.

Заключение. ЭПД и ЭПТ в РП с НС является эффективной. Метод ЭПД и ЭПТ соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных, скоромощных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях и реабилитации в медицине. Представляется перспективным дальнейшее использование метода ЭПД и ЭПТ в Д, ДД и К различных форм НС у ПНП.

Базилевич А.В., Игнатиади А.С., Худина Ю.С.

НОЧНЫЕ КОШМАРЫ И ПСИХОСОМАТИКА

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Bazilevich A.V., Ignatiadi A.S., Khudina J.S.

NIGHTMARES AND PSYCHOSOMATIC FRUSTRATION

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

Актуальность. Механизмы возникновения психосоматической патологии различны: одни ученые описывают бессознательность возникающего внутриличностного конфликта, другие говорят о специфическом контакте с матерью, третьи - о внешнем пусковом толчке. Многочисленные исследования указывают на важную роль сна в возникновении различных расстройств (не только психиатрической направленности).

Цель. Проследить взаимосвязь жалоб на здоровье с тревогой и кошмарными сновидениями, как возможный дальнейший предиктор развития психосоматических заболеваний.

Материалы и методы. Было обследовано 100 формально здоровых студентов 1-6 курсов РостГМУ, из них 26 юношей, средний возраст которых составил 22 года (от 19 до 28), и 74 девушки, средний возраст которых составил 21 год (от 18 до

30). Все испытуемые были опрошены по оригинальному авторскому опроснику, опроснику госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Zigmond A., Snaith R., 1983). Критерии включения: возраст не старше 30 лет, наличие документов о получении полного общего образования, обучение на момент проведения исследования в ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ. Критерии исключения: наличие установленного диагноза.

Результаты. Жалобы на здоровье отметили 38 опрошенных (3 юноши и 35 девушек). Все юноши отметили боли в спине.

Девушки предъявляли жалобы на: головные боли-12, боли в сердце-6, апатию и усталость-6, боли в желудке-5, боли в спине-5, одышку-4, боли в ногах-4, ослабленное зрение-3, головокружения-3, трудности с дыханием-2, снижение аппетита-2, боли в шее-1, периодические нервные срывы (по типу истерического реагирования)-1.

Субклинически выраженная тревога отмечалась у 4 девушек. У одной из них по опроснику были отмечены жалобы – боли в спине, у трех других – жалобы на головные боли, боли в шее и ногах. Кошмарных сновидений у этой группы опрошенных выявлено не было, что позволяет продолжить исследование для определения типа личности и возможности дальнейшего прогнозирования результата.

Характеристика сновидений позволила разделить их на группы: кошмары не снились-69 опрошенных, редкие кошмары без жалоб на здоровье-6 девушек, редкие кошмары с жалобами на здоровье-15 опрошенных (1 юноша и 14 девушек), частые кошмары (по описаниям от 1 до 4 в неделю) без жалоб на состояние здоровья-0, частые кошмары с различными жалобами на здоровье-10 девушек.

Проведя статистический анализ расчета отношений шансов с 95% доверительным интервалом кошмарных сновидений и их отсутствия с наличием и отсутствием жалоб на здоровье, были получены следующие результаты:

- отношение шансов превышает 1 ($OR=7.955$), что позволяет говорить о наличии прямой связи кошмарных сновидений с вероятностью проявлений в виде жалоб на здоровье;
- вероятность возникновения кошмаров с жалобами на здоровье в 7 раз выше, чем при обычном сне без жалоб;
- наблюдаемая зависимость является статистически значимой, т.к. 95% CI не включает 1, а значения его нижней и верхней границ большей (н.г. 95% CI=2.841; в.г. 95% CI=22.272)

Выводы: проведенное исследование позволяет говорить о четкой взаимосвязи кошмарных снов с соматическими жалобами. Незначительное количество тревожного компонента, не связанное с кошмарными сновидениями, требует уточнения типа личности опрошенных. Однако, высокая статистическая вероятность возникновения кошмаров с жалобами на здоровье поддерживает некоторые из теорий возникновения психосоматических расстройств.

Литвинчук Е.А., Кантина Т.Э., Буртовая Е.Ю.

**ОЦЕНКА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА,
ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ**

*ФГБУН Уральский научно-практический центр
радиационной медицины ФМБА России, Челябинск, Россия*

Litvinchuk E.A., Kantina T.E., Burtovaia E.Yu.

**ASSESSMENT OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF COGNITIVE IMPAIRMENTS IN
EXPOSED PERSONS WITH CHRONIC BRAIN ISCHAEMIA**

*Urals Research Center for Radiation Medicine of FMBA of Russia,
Chelyabinsk, Russia*

Актуальность. В рамках сохранения длительного периода активной трудоспособности населения людей важной

становится проблема когнитивных нарушений, частой причиной, развития которых являются цереброваскулярные заболевания (в том числе хроническая ишемия головного мозга (ГМ)). О росте цереброваскулярной патологии у лиц, подвергшихся облучению в отдаленные периоды после радиационного воздействия, свидетельствуют эпидемиологические исследования и клинические наблюдения.

Цель исследования: изучение клинико-психологических характеристик когнитивных нарушений у лиц с хронической ишемией ГМ, подвергшихся радиационному воздействию.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клинического отделения ФГБУН УНПЦ РМ ФМБА России. Основную группу исследования составили 100 человек из числа подвергшихся радиационному воздействию в результате сброса радиоактивных отходов в реку Теча (1949-1951 гг.) и аварии на ПО «Маяк» 1957 г., средний возраст - $62,03 \pm 2,72$ г. Группа сравнения – 143 человека, имеющие дозы облучения не выше фоновых значений, средний возраст – $61,12 \pm 2,79$ лет.

В исследовании использовались клинические методы (осмотр невролога, психиатра); клинико-психологические (Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), методика «Заучивание 10 слов», методика «Таблицы Шульце», «Батарея лобной дисфункции»); методы статистической обработки материалов («STATISTICA 7», критерий χ^2 Пирсона, Q - критерий Розенбаума).

Результаты. По результатам клинического осмотра синдром когнитивного снижения достоверно чаще встречается у облученных ($p=0,039$) в рамках органического когнитивного, органического астенического, органического тревожного расстройств. При этом в группе облученных достоверно преобладают лица с органическим когнитивным расстройством ($p=0,026$).

Первичный скрининг когнитивных нарушений (MMSE) позволил выявить предметные когнитивные нарушения и деменцию легкой степени. Указанные нарушения в большей степени проявились в ухудшении памяти, снижении объема непосредственного воспроизведения и снижении устойчивости внимания. В группе облученных с хронической ишемией ГМ наблюдается тенденция увеличения исследуемых с недостаточной устойчивостью внимания и сниженным объемом памяти. Исследование характера лобной функции показало, что в группе облученных достоверно больше лиц с умеренной лобной дисфункцией ($p=0,034$) и достоверно меньше лиц с нормальной лобной функцией ($p=0,037$). Кроме того, в этой группе достоверно больше лиц со сниженной способностью к логическому обобщению и классификации, которые не справились с заданием на концептуализацию ($p=0,0003$).

Заключение. Таким образом, проведенное обследование позволило выявить клинико-психологические характеристики когнитивных нарушений у обследуемых сравниваемых групп с хронической ишемией ГМ, проявившиеся в наличии когнитивного дефицита, выражающегося в снижении способности к логическому обобщению, нарушении процессов памяти, внимания. По ряду показателей наблюдаются достоверные различия или тенденции к увеличению в группе облученных с хронической ишемией ГМ обследуемых со сниженными или низкими показателями.

Игумнов С.А.¹, Сыропятов О.Г.², Яновский Т.С.³
ЭФФЕКТ ПЛАЦЕБО В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ - Национальный научный центр наркологии - филиал ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава
России, Москва, Россия

² - независимый исследователь, Симферополь, Россия

³ - Медицинская Академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ
ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Igumnov S.A.¹, Syropyatov O.G.², Yanovsky T.S.³
EFFECT OF PLACEBO IN PSYCHIATRY

¹ - National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia

² - independent researcher, Simferopol, Russia

³ - Medical Academy named after S.I. Georgievsky, Simferopol,
Russia

Актуальность. Интерес к эффекту плацебо, известному с древних времен, возродился в конце 1940-х годов, с появлением плацебо-контролируемых клинических испытаний. Использование плацебо в медицине разнообразно: плацебо как биологический инструмент в терапии некоторых психосоматических заболеваний; плацебо-эффект как ресурс в общении с невротическим пациентом; для определения «истинного эффекта» лекарств; для устранения предвзятости со стороны исследователя и пациента.

Целью является анализ экспериментальных и клинических подходов к использованию плацебо в психиатрии. Рассматриваются перспективы дальнейших исследований и использования плацебо, как в психиатрической практике, так и в общей медицине.

Материалы и методы: контент-анализ результатов мультидисциплинарных исследований эффекта плацебо.

Результаты контент-анализа. Исследования по нейровизуализации с учетом эффекта плацебо свидетельствуют о конкретных, предсказуемых и воспроизводимых моделях нейронных изменений, связанных с использованием плацебо. Их результаты позволяют предположить, что эффект плацебо, по-видимому, опосредуются процессами «сверху вниз», зависящими от лобных областей коры, которые генерируют и поддерживают когнитивные ожидания. В основе этих ожиданий лежат пути допаминергического вознаграждения. Плацебо-индуцированные клинические эффекты также включают реакции нейронов, приводящие к нейрофункциональным или нейрохимическим изменениям, аналогичным тем, которые производятся фармакотерапией. С психологической точки зрения, плацебо-эффект основан преимущественно на косвенном внушении. При косвенном внушении врач прибегает к помощи добавочного (промежуточного) раздражителя, с которым больной, как правило, и связывает полученный лечебный эффект. Нередко косвенное внушение оказывается более эффективным, чем прямое. Объясняется это тем, что в этом случае представления самого больного, связанные с лечебным эффектом, встречают меньшее сопротивление». Косвенное внушение как средство воздействия на психические и биологические возможности человека таит в себе богатые терапевтические возможности. Некоторые исследователи полагают, что плацебо-эффект определяют ожидаемые результаты, перенос и обусловливание. Включаются такие процессы, как влияние установки и энтузиазма врача на действие лекарственных препаратов. В данном случае плацебо-эффект приравнивается к «реакции на смысл», ссылаясь на более

широкие «психологические и физиологические эффекты смысла в лечении заболевания». По мнению отдельных исследователей, «ни один из механизмов не был проверен экспериментально как основная переменная. Следовательно, операциональное определение носит предварительный характер».

Заключение. Данные современных исследований подтверждают необходимость дальнейшего использования эффекта плацебо наряду с методами психофармакологии и указывают то, что на эффект плацебо оказывают влияние прежде всего психологический профиль больных, затем – нейробиологические механизмы и генетические предпосылки. Использование плацебо предполагает, прежде всего, подготовку пациента к приему лекарственных средств и формирование положительного ожидания, усиливающего терапевтический эффект.

Тер-Израелян А.Ю., Пашенко Н.Ю., Александрова О.В.
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И
ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ГБУЗ Психиатрическая больница №13 ДЗМ, Москва, Россия

Ter-Israelyan A.Yu., Pashchenko N.Yu., Aleksandrova O.V.
THE PROBLEMS OF ORGANIZATION OF PREVENTION OF
PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDHOOD AND
ADOLESCENCE

*State budgetary institution of health care department of Moscow
«Psychiatric hospital № 13», Moscow, Russia*

Актуальность: В России и за рубежом отмечается рост психических расстройств и отклонений в развитии у детей и подростков с увеличением показателей детской инвалидности, в то время как состояние психического

здоровья подрастающего поколения имеет важное значение для поддержания устойчивого функционирования любого общества.

Как известно, патологическое воздействие факторов различной этиологии на незрелый мозг наряду с социальными условиями, в которых оказался ребенок, может привести к нарушениям его психического развития. При этом прогноз тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа под наблюдением врача. Однако, существующая в обществе стигматизация, недостаточность, а порой, и полное отсутствие достоверной информации у родителей на фоне недоступности психотерапевтической помощи в детском возрасте в рамках программы государственных гарантий приводит к тяжелым последствиям.

Цель: организация психообразовательной и психопрофилактической помощи детям и подросткам в условиях наименьшей стигматизации наряду с ее доступностью и приближенностью к населению.

Материалы и методы: с данной целью с сентября 2018 года совместно со специалистами разного профиля (врачи-неврологи, логопеды) организованы психообразовательные лекции для родителей и медицинского персонала на базе детской городской поликлиники №7 города Москвы, начат пробный прием врачом-психотерапевтом на 0,25 ставки. Проведена работа по открытию психиатрического кабинета на базе общеобразовательной школы №2127 «Детская личность» города Москвы, где также по согласованию с директором помимо медикаментозной поддержки планируется проведение психообразовательных и психопрофилактических мероприятий для детей, их родителей и педагогов.

Результаты: короткий мониторинг данных по ДПП №7 позволяет отметить рост интереса родителей к проводимым специалистами лекциям: так, если в сентябре 2018 года из 9 человек на лекциях присутствовали всего 2 родителя, то в декабре 2018 года, соотношение резко изменилось – из 15 человек 14 составляли родительскую аудиторию. За 4 месяца (с сентября по декабрь 2018 года) психотерапевтическую помощь получили 25 матерей и 21 ребенок. В настоящее время сформировалась очередь из желающих попасть на прием к врачу-психотерапевту.

Выводы: Учитывая психопрофилактическую и реабилитационную направленность современной медицины, результаты проведенного анализа, можно говорить о востребованности и обоснованности организации психообразовательной и психотерапевтической работы на базе детских городских поликлиник и школ в рамках гарантированной государством медицинской помощи.

Марголина И.А.

ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва,
Россия*

Margolina I.A.

FEATURES OF EATING DISORDERS IN CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE

*Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health
Research Center», Moscow, Russia*

Актуальность изучения расстройств пищевого поведения обусловлена не только их высокой распространенностью как среди детей, так и взрослых, но и тяжестью вызываемых ими

состояний, сопровождающихся в ряде случаев угрозой летального исхода.

С целью изучения расстройств пищевого поведения у детей сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ проведено исследование на примере детей с психической патологией, вызванной различными этиологическими факторами, в возрасте от 6 месяцев до 6 лет 11 месяцев. В задачи исследования входило описание типологии расстройств пищевого поведения в раннем и дошкольном возрасте, выявление их взаимосвязи с общей клинической картиной психического расстройства, разработка методов их коррекции. В исследование вошли три группы: дети с расстройствами аутистического спектра (25 детей); дети с резидуальной церебральной недостаточностью (20 детей); дети из ситуации психической депривации (дети-сироты, дети, изъятые из неблагополучных семей) (30 детей).

Методами исследования психического и психофизического состояния детей были клинические (педиатрический, неврологический, клинико-психопатологический), а также параклинические (патопсихологический, генеалогический, инструментальный).

Результаты. В группе детей с РАС расстройства пищевого поведения были тесно спаяны с симптоматикой эндогенного психического расстройства и включали в себя неприятие новых видов пищи, крайнюю избирательность аппетита, медленное пережевывание пищи, недостаточное пережевывание пищи, синдром пика, мерицизм, ритуалы, связанные с едой. В группе детей с церебральной недостаточностью нарушения возникали на фоне таких функциональных расстройств пищеварения как пилороспазм, эзофагальный рефлюкс, и проявлялись в

основном сниженным, реже повышенным аппетитом, едой малыми порциями, регургитационным расстройством, поздним переходом к твердой пище. Особенностью этой группы было заметное уменьшение выраженности описанных расстройств с возрастом. Для группы детей из условий депривации было характерно сочетание расстройств пищевого поведения с аффективными нарушениями и прямая корреляция с их выраженностью. Нарушения приема пищи проявлялись преимущественно в виде аноректических и булимических расстройств на фоне тревоги и депрессии. Меры, направленные на коррекцию выявленных нарушений, зависели от нозологической формы психической патологии и клинической феноменологии психических нарушений.

Заключение. Расстройства пищевого поведения у детей отличаются большим разнообразием и различной степенью выраженности. При эндогенной психической патологии (РАС), они наиболее глубоки и разнообразны. В то же время при состояниях, вызванных экзогенными факторами (органическими и психогенными) они также представлены достаточно широко. Выявленные расстройства пищевого поведения были тесно связаны и коррелировали по степени выраженности с другими психическими нарушениями, обусловленными тем или иным этиологическим фактором, а также сопровождалась различными соматовегетативными расстройствами. Терапия должна быть направлена на редукцию как собственно психопатологических симптомов, так и сопровождающих их соматовегетативных расстройств, и проводиться с учетом этиологического фактора.

Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н., Алтухова Н.Ю.
СКРИНИНГОВАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

*ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»,
медицинский факультет, Москва, Россия*

Bryukhin A.E., Ovchinnikova O.N., Altukhova N.Yu.
SCREENING PSYCHDIAGNOSTICS OF EATING DISORDERS
*Peoples' Friendship University of Russia, Faculty of Medicine,
Moscow, Russia*

Актуальность. Расстройства пищевого поведения (РПП) - психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приёме пищи, представляющий собой широкий спектр состояний от ограничительного поведения до переедания. Выделяется несколько видов расстройств приема пищи: нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ), компульсивное переедание (КП) и др. В качестве инструмента скрининговой диагностики целесообразно использование специализированных опросников. Однако, в нашей стране отмечается нехватка русскоязычных адаптированных опросников, направленных на выявление РПП. С учетом того, что кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН длительное время занимается изучением РПП, возник научный интерес в проведении исследования с использованием специализированного опросника «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения (КПП при НПП)», как инструмента скрининговой диагностики РПП.

Цель. Изучить удобство и целесообразность применения опросника «КПП при НПП» для выявления групп риска, дифференциальной диагностики РПП в условиях клинической практики.

Материалы и методы. Опросник «КПП при НПП» предназначен для определения особенностей течения болезни

у конкретного индивида, изучения тенденций пищевого поведения, для дифференциальной диагностики расстройств НА, НБ, КП. Опросник «КПП при НПП» разработан сотрудниками Алтайского Государственного Университета (Барнаул), медицинскими психологами Сагалаковой О.А. (к.п.н.) и Киселевой М.А. Он состоит из 103 вопросов, распределенных на 7 шкал: контроль над употреблением пищи; избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания; склонность к булимии; ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффилиации; эмоцогенное пищевое поведение; самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела; склонность к анорексии. Полученные результаты также отражают степень выраженности расстройства.

Результаты. С помощью опросника "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения" было обследовано 54 человека, из которых 42 – студенты медицинского ВУЗа в возрасте 19-20 лет, а 12 – пациенты, у которых клинически выявлены симптомы РПП, возрастом 17-24 лет. В результате, из 42 студентов, у 24 выявлена склонность к РПП разной степени выраженности: от наиболее легких проявлений (16 студентов) до выраженной предрасположенности к РПП - 8 студентов. У пациентов по результатам опросника выявляется более высокая интенсивность переживаний относительно пищевого поведения: у 10 отмечаются промежуточные и максимальные показатели по всем шкалам, у 2 – максимальные показатели по всем шкалам, что подтверждает наличие выраженных расстройств пищевого поведения в виде НБ или НА, выявленных клиническим путем.

Выводы. По результатам исследования, опросник «КПП при НПП» позволяет выявить тенденции к РПП, а также благодаря делению на шкалы, позволяет выявить особенности пищевого поведения (психологические

характеристики и поведенческие стереотипы), их степень выраженности, дифференцировать диагнозы НА, НБ, КП, тем самым обеспечивая клинициста диагностически важной информацией.

Матвеева А.А., Мирхайидова Ю.Х.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Matveeva A.A., Mirhayidova U.H.

PSYCHOTHERAPY OF EMOTIONAL DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH ANOREXIA NERVOZA

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Цель: изучить эффективность применения интегративной психотерапии у девочек-подростков с нарушениями приёма пищи для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психокоррекционной тактики.

Материалы и методы: было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F - «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования ведущее место отводилось изучению динамики нарушений эмоциональной сферы. На инициальном этапе у 26

обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, ухудшение школьной успеваемости. Психокоррекционная программа проводилась в форме активной групповой работы: арт-терапия, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия. С подростками проводились занятия медицинскими психологами, педагогами по ритмике и постановке танцев, психотерапевтами в течение 2-х месяцев. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объеме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков.

Выводы: таким образом, использование интегративной психотерапии у девочек-подростков с нервной анорексией позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении данной категории подростков. К концу групповых тренингов у 80% пациентов отмечалась редукция аффективной симптоматики и быстрое наступление ремиссии.

**Алтухова Н.Ю., Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С
НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

*ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»,
медицинский факультет, Москва, Россия*

**Altukhova N.U., Bryukhin A.E., Ovchinnikova O.N.
DIFFERENTIATED CHARACTERISTIC OF MANIFESTATION
OF AGGRESSIVENESS IN PATIENTS WITH ANOREXIA
NERVOSA**

*Peoples' Friendship University of Russia, Faculty of Medicine,
Moscow, Russia*

Актуальность. Современные клинико-психологические исследования пограничных психических расстройств

фокусируются на различных проявлениях дезадаптации личности. Основными чертами личности больных нервной анорексией являются: перфекционизм, упрямство, чрезмерные совестливость, чистоплотность, чувствительность, амбициозность. Проблема взаимосвязи особенностей агрессивности с иной психической патологией сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и в практическом аспекте. Вызывает интерес сравнение проявления форм агрессии между пациентками с диагнозом «нервная анорексия» и группой контроля сходной по возрасту и уровню образования.

Цель. Изучение преобладающих форм агрессии у пациенток с нервной анорексией.

Материалы и методы. В ходе исследования нами было обследовано 12 пациенток в возрасте 12-18 лет, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 «нервная анорексия» и 39 студенток 1 курса медицинского факультета РУДН в возрасте 16-18 лет. Для исследования был использован опросник показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (англ. Buss - Durkee Hostility Inventory, сокр. BDHI), который был разработан в 1957 году. Русскоязычная версия опросника была адаптирована А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 году. Опросник состоит из 75 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Создавая свой опросник, дифференцирующий проявления агрессии и враждебности, Басс А. и Дарки А. выделили следующие виды реакций:

- физическая агрессия;
- косвенная агрессия;
- раздражение;
- негативизм;
- обида;
- подозрительность;
- вербальная агрессия;

- чувство вины.

Индекс агрессивности складывается из суммы показателей физической агрессии, раздражения и вербальной агрессии.

Результаты: У большинства пациенток индекс агрессивности не превышает норму и находится в диапазоне 21 ± 4 баллов- 8 человек (66 %). У 4 (34%) испытуемых показатели агрессивности превышают норму и находятся в диапазоне от 25 до 27 баллов). Следует отметить, что при исследовании студенток показатели агрессивности в пределах нормы (21 ± 4 баллов) наблюдались у 28 человек (72%), у 5 (13%) испытуемых уровень агрессивности ниже нормы (менее 21 балла) и у 6 (15%) студенток уровень агрессивности превышает норму (26-28 баллов). Анализ данных показывает, что преимущественными формами проявления агрессии у пациенток с нервной анорексией являются: косвенная агрессия (среднее количество баллов-8); чувство вины (среднее количество баллов-9); негативизм (среднее количество баллов-6); обида (среднее количество баллов- 7). В отличие от пациенток у студенток с повышенным уровнем агрессивности преобладающей реакцией является физическая агрессия (среднее количество баллов- 8) и подозрительность (среднее количество баллов- 8). Однако, в случае таких показателей как вербальная агрессия и раздражение разница между группами незначительна. Это может говорить о том, что эти виды реакций присущи подростковому возрасту вообще.

Вывод: по данным проведенного исследования особенностями проявления агрессии у пациенток с нервной анорексией являются: косвенная агрессия, при которой проявления агрессии скрываются, либо не осознаются самим субъектом агрессии; негативизм, показатели которого свидетельствуют о том, что испытуемые выбирают манеру в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов; чувство вины,

которое отражает уровень самооценки, проявляет возможное убеждение пациентки в том, что она является недостойным человеком, что поступает плохо, чувствует угрызения совести; обида, как показатель зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия. Таким образом, можно сделать вывод, что у пациенток с нервной анорексией прямые агрессивные импульсы могут подавляться, переживаться в виде повышенного напряжения, проявляться в форме чувства вины и обиды.

Арифджанова А.Б.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Arifdjanova A.B.

FEATURES OF BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность: эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о стремительном росте распространенности депрессивных расстройств в детском и подростковом населении, которые нередко сопровождаются расстройствами поведения, нарушением развития, соматическими проявлениями и школьной дезадаптацией.

Цель: изучить клинические аспекты депрессивных расстройств поведения у подростков для улучшения качества диагностической, медико-психологической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту населения республики.

Материалы и методы: были обследованы 16 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и

нарушениями поведения. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивных расстройств применялась шкала Гамильтона, а для определения эмоционального статуса использовали тест Люшера.

Результаты и их обсуждение: в зависимости от преобладания тех или иных симптомов депрессии у обследованных подростков, все пациенты были разделены на три клинически однородные группы: с дисфорической депрессией - 43,8% (n=7), тревожной депрессией – 31,2% (n=5), маскированной депрессией 25% (n=3). В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. У подростков с маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности. У подростков с тревожной депрессией определены внутриличностные конфликты, изменения взаимоотношений с родителями и близкими, нарушения школьной адаптации и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртными напитками.

Вывод: установление типов депрессивного поведения с учётом выделения клинических аспектов позволит более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную и медико-психологическую помощь пациентам подросткового возраста, предупреждая развитие выраженных нарушений поведения и формирование асоциальной личности.

Судейманов Ш.Р., Бабарахимова С.Б., Инояттов А.А.
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Suleymanov Sh.R., Babarakhimova S.B., Inoytov A.A.
EARLY IDENTIFICATION AND PREVENTION OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность: проблема профилактики суицидального поведения у подростков в последние десятилетия приобретает особую значимость и становится одной из приоритетных задач медицинской науки и системы практического здравоохранения.

Цель: оценка необходимости и эффективности когнитивно-бихеовиральной психотерапии у подростков с суицидальными тенденциями и депрессивными расстройствами.

Материал и методы: обследованы 60 подростков в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для определения степени выраженности суицидального риска была использована «Шкала

суицидальных интенций Пирса», для определения степени тяжести депрессивной патологии – тест Монтгомери-Асберга. Результаты и обсуждение: установлено наличие только суицидальных мыслей у 55% обследуемых, суицидальных мыслей с подготовкой и планированием у 20% обследуемых, 25% подростков с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки отравления. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению подростков с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие детских психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в процессе врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В результате исследования определено, что применение в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств с учётом личностных особенностей в комбинации с психофармакотерапией оказывает положительное влияние на редукцию симптомов аффективной патологии. В рамках реализации профилактики суицидов проведено обучение педагогов-психологов и преподавателей учебных заведений, врачей соматического звена по способам выявления групп риска, маршрутам и стратегиям работы при выявлении суицидального поведения. Проведены мероприятия для средств массовой информации по предотвращению подражательных суицидов, тренинги и мастер-классы среди студентов высших учебных заведений.

Выводы: положительная динамика отмечается у 96% подростков, прошедших тренинги когнитивно-

бихевиоральной терапии, что указывает на необходимость проведения психотерапии у подростков с суицидальными тенденциями и патологией эмоциональной сферы.

Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ С
ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.

**SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS WITH
BEHAVIORS OF DEPRESSIVE GENESIS**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных (Герасимчук М.Ю., 2016; Жукова Н.Ю., Коршунова Д.Р., 2017; Wasserman D., 2017).

Цель: изучить особенности суицидальных тенденций у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: объектом для исследования было выбрано 68 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с наличием суицидальных тенденций. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись

шкала оценки депрессии Гамильтона и шкала Цунга, для определения эмоционального реагирования и личностных установок использован тест Люшера; интенсивность суицидальных тенденций и намерений измерялись Колумбийской шкалой суицидального риска.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессии, все пациенты были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией-38%(n=26), тревожной депрессией-17,6%(n=12), дисморфофобической депрессией - 16,2%(n=11), маскированной депрессией-11,7%(n=5), астено-апатической депрессией - 5,8%(n=4). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 75% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 25% случаев (14 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 46 мальчиков и 22 девочки. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще - в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки.

Выводы: проведенное исследование клинических особенностей суицидальных тенденций у подростков с

поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.
**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ,
СКЛОННЫХ К ПОБЕГАМ И БРОДЯЖНИЧЕСТВУ**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан*

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.
**SUICIDAL BEHAVIORAL IN GIRL-ADOLESCENTS WITH
SYNDROME OF ESCAPES AND VAGRANCY**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность: депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации. (Герасимчук М.Ю., 2016; Жукова Н.Ю., Коршунова Д.Р., 2017; Wasserman D., 2017).

Цель: изучить влияние личностных особенностей девочек-подростков, склонных к побегам из дома и бродяжничеству на формирование суицидальных тенденций и намерений депрессивного генеза с оптимизацией психологической помощи.

Материал и методы: обследованы 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине аутоагрессивных действий, возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10-F91.2. Для определения

степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался тест-опросник ПДО Личко.

Результаты и обсуждение: при исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Личко были выявлены акцентуированные черты характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 12 больных (25%), дистимический тип был выявлен в 42% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31 %) – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки.

Выводы: определена взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к бродяжничеству, с видом совершаемых суицидальных попыток. Суицидальные попытки аффективного уровня наблюдались у подростков с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности.

Шантажного характера парасуициды были диагностированы у пациенток с демонстративными и застревающими типами личности. Импульсивные суициды отмечались у девочек-подростков с эмотивным типом личности.

**Черникова Т.В., Туровская Н.Г., Кондратович А.В.,
Мещерякова К.Ю., Туровская О.Д.**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЧИНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА
ДИАГНОСТИКИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БУДУЩЕМ У
ПОДРОСТКОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет», Волгоград, Россия

ФГБОУ ВО ВолзГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», Волгоград, Россия

**Chernikova T.V., Turovskaya N.G., Kondratovich A.V.,
Meshcheryakova K.Yu., Turovskaya O.D.**

**USING OF ESSAY AS A METHOD FOR DIAGNOSTIC FUTURE
REPRESENTATIONS IN ADOLESCENTS WITH ANXIETY AND
DEPRESSIVE DISORDERS**

*Volgograd State Social and Pedagogical University, Volgograd,
Russia*

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

*Volgograd Regional Children's Clinical Psychiatric Hospital,
Volgograd, Russia*

Актуальность. Подростки с тревожно-депрессивными расстройствами часто испытывают затруднение в ответе на вопрос, каким они видят свое будущее, так как размышления о будущем вызывают у них тревогу, страх и неуверенность.

Материал и методы. Эффективными средствами диагностики представлений подростков о будущем являются

нарративные методы. Именно к этой группе методов относится написание сочинение на тему «Мое представление о будущем». Для того, чтобы проанализировать сочинение такого рода необходим ряд критериев, таких как: временной отрезок, через который произойдет описываемое будущее; ориентированность на материальные блага, представления о семье, о дальнейшем обучении и будущей профессии, эмоциональный фон восприятия будущего и т. д. Исследование проводилось на базе Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы с подростками 12–15 лет.

Результаты и их обсуждение. Приводим пример использования сочинения как метода психологической диагностики в отношении пациентки Д., 14 лет с диагнозом «депрессивный эпизод легкой степени; проблемы, связанные с воспитанием». Первое предложение в сочинении подростка указывает на некоторое противопоставление себя будущей и текущего состояния, в котором находится девочка («я вижу себя веселую, полную сил и надежды»). Местом своего будущего проживания девочка выбирает другой город, что указывает на жажду кардинальных перемен в жизни. Описание будущей жизни выглядит позитивным, но при этом мало конкретизировано. Интересно то, что девочка не знает, кем она будет работать, главное, чтобы работа была «не тяжелой и не отвлекала от домашних дел», зато достаточно подробно описывает собаку, которую хочет завести («порода золотистый ретривер», зовут Мира, «она веселая, добрая и умная»). В дальнейшем становится понятно, что собака будет заменять Д. семью (девочка будет жить вдвоем с собакой) и друзей (Д. будет проводить время либо «с родственниками по праздниками либо с единственной подругой по выходным»). Представлениям о досуге у Д. свойственна некоторая «детскость»: «жарить шашлыки», «смотреть домашний кинотеатр», «есть разные вкусняшки», «веселиться». В

сочинении нет упоминания о том, что она будет развиваться или узнавать новое, строить карьеру, заводить семью, искать новых друзей, на данный момент идеал ее будущей жизни – тишина, покой и «шашлыки по выходным». Интересно, что последнее предложение вступает в противоречие с остальным текстом сочинения. Девочка пишет: «я надеюсь, у меня будет насыщенная жизнь в будущем». Возможно Д. на самом деле хочет прожить наполненную событиями жизнь, но наличие тревожно-депрессивных переживаний не позволяет ей в полной мере ее представить.

Выводы. Таким образом можно сделать вывод о том, что сочинение является эффективным методом диагностики представлений о будущем у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.

Кукунова Л.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Kukenova L.

FEATURES OF COMPLAENS IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность: исследование комплаенса у пациентов с депрессивными расстройствами является одной из актуальных проблем современной медицины (Аведисова А.С. и др., 1999). К группе риска возникновения отказов от фармакотерапии относятся и больные с депрессивными расстройствами.

Целью: явилось изучение особенностей приверженности предписанной врачом фармакотерапии (комплаенса) у

больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.

Материал и методы: объектом для исследования выбрано 50 пациентов с непсихотической депрессией: 17 пациентов - с диагнозом органическое депрессивное расстройство - F.06.3, 12 пациентов - с диагнозом депрессивный эпизод легкой степени выраженности F32.0; 16 пациентов с диагнозом депрессивный эпизод средней степени выраженности F32.1; 5 пациентов - с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2. (МКБ-10). Все пациенты находились на стационарном лечении в ГКПБ города Ташкента в открытом пограничном отделении неврозов и психосоматики, 2017-2018 гг. Пациенты получали комплексное лечение: антидепрессанты или их комбинации, а также психотерапевтические методы воздействия с комплексной общеукрепляющей фармакотерапией. Используемыми в исследовании средствами являлись стационарные медицинские карты пациентов, шкала медикаментозного комплаенса Мориски-Грина, опросник для оценки социального функционирования и качества жизни, а также структурированное интервью с пациентами.

Результаты: в ходе проведенного исследования было установлено, что после выписки из стационара 50% обследованных (25 пациентов) продолжают назначенную поддерживающую терапию или согласовывают её коррекцию с лечащим врачом, 24% обследованных (12 пациентов) самостоятельно изменяют поддерживающую терапию при помощи изменения дозы или отмены какого-либо из назначенных препаратов, 26% опрошенных (13 пациентов) после выписки из стационара прекращают любую поддерживающую терапию. Проведенное сравнительное исследование у всех изучаемых нами пациентов с непсихотическими депрессиями показало, что при терапии антидепрессантами были представлены психические,

неврологические и вегетативные нежелательные явления. Психические нежелательные лекарственные реакции, наблюдаемые при терапии антидепрессантами, имели максимальную распространенность в начале курса лечения, вегетативные – в середине курса лечения антидепрессантами, а распространенность неврологических нарушений увеличивалась к концу периода исследования.

Выводы: таким образом, для улучшения приверженности терапии пациентов с депрессивными расстройствами невротического уровня основными методами являются укрепление отношений между врачом и пациентом путём проведения разъяснительных бесед относительно необходимости приёма поддерживающей терапии для профилактики рецидивов, а также о возможных побочных эффектах от терапии. Результатом снижения комплаенса является учащение регоспитализаций, нарастание социальной дезадаптации и невротического развития личности.

Бурно А.М., Некрасова С.В, Зуйкова Н.Л.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ИНВЕРСИИ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ АПАТИЧЕСКИХ
ДЕПРЕССИЙ

*ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»,
медицинский факультет, Москва, Россия*

Burno A.M., Nekrasova S.V., Zuikova N.L.
EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE INVERSION OF
ABILITIES TECHNIQUE FOR PSYCHOTHERAPY OF
DEPRESSIVE EPISODE WITH APATHY

*Peoples' Friendship University of Russia, Faculty of Medicine,
Moscow, Russia*

Актуальность. Как известно психофармакотерапия затяжных депрессий с выраженным апатическим

компонентом (особенно амбулаторного уровня) остается малоэффективной. Адекватно подобранные лекарственные средства вызывают некоторую активизацию в тех сферах деятельности, интерес к которым обусловлен личностными особенностями больного. В то же время активизация зачастую не распространяется на те сферы деятельности, которые больше связаны с «обязанностями» Пациент продолжает сталкиваться с трудностями преодоления своего «нежелания». Присоединение методик стандартной когнитивно-поведенческой терапии тоже не всегда приводит к улучшению. Это делает актуальным поиск новых психотерапевтических подходов, приводящих к совладанию с депрессивной «апатией».

Цель. Целью исследования являлась оценка целесообразности применения методики инверсии возможностей для психотерапии пациентов с апатической депрессией амбулаторного уровня (легкой и средней степени тяжести).

Материалы и методы. В исследовании участвовало 23 пациента (12 взрослых и 11 подростков). У всех участников в течение двух месяцев до начала психотерапии лекарственные назначения (СИОЗС со стимулирующим действием и небольшие дозы атипичных нейролептиков) не менялись и состояние оставалось стабильным. 7 подростков продолжали обучение в старших классах школы, хотя и испытывали трудности с выполнением домашнего заданием по большей части предметов. 5 подростков находились на домашнем обучении, для этих пациентов посещение школы являлось непреодолимой трудностью и вызывало реакцию отказа.. 8 взрослых удерживались на работе, хотя отмечали достаточно выраженное снижение трудоспособности. 6 пациентов были вынуждены прервать работу. Психотерапевтическое вмешательство состояло в приложении методики инверсии возможностей к апатодепрессивным переживаниям. При

помощи методики психотерапевты пытались помочь пациентам преодолеть «апатию» по отношению к конкретным видам деятельности. В когнитивной дискуссии оспаривалась вера пациентов в возможность усилием воли вызвать «желание», вдохновение», «интерес» к деятельности равное здоровому. При помощи специальных приемов пациентов приводили к абсолютной убежденности в том, что прямым усилием воли сделать это невозможно. Как следствие, пациенты отказывались от таких требований к себе и «отпускали» ситуацию. Это приводило к резкому снижению общего напряжения, раскрепощению и появлению возможности проявлять активность там, где раньше она была невозможна («заблокирована пустым усилием»). Для достижения терапевтического эффекта требовалось 5-8 часовых психотерапевтических сессии.

Результаты. 5 пациентов (1 подросток и 4 взрослых) не ответили на психотерапию. У 18 пациентов снизилась интенсивность дистресса до средней или легкой степени по субъективной шкале. У этих же пациентов повысилась работоспособность до низкой или средней степени по субъективной шкале и опросам родителей (у подростков). 2 подростка возобновили обучение в школе. 4 взрослых смогли вернуться к работе. 2 взрослых не смогли вернуться на работу, но существенно увеличили объем домашней активности.

Выводы/Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что методика инверсии возможностей является эффективной в психотерапии затяжных апатических депрессий амбулаторного уровня. Однако для подтверждения этих выводов требуются исследования на более широком материале.

Гончарова Е.М., Шестакова Р.А.

**АСТЕНИЯ КАК ВАРИАНТ ПРОЯВЛЕНИЯ
ИПОХОНДРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М.Сеченова Минздрава России,
Москва, Россия*

Goncharova E.M., Shestakova R.A.

**ASTHENIA AS A VARIANT OF LATE AGE
HYPOCHONDRIACAL STATES MANIFESTATION**

*I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the
Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia*

Актуальность: астенический синдром является междисциплинарной проблемой современной медицины. Различные варианты астенических состояний все чаще встречаются в практике врачей различных специальностей. Особенно часто данные состояния с сопутствующими жалобами на повышенную утомляемость, истощением после минимальных усилий, снижением выносливости и способности к концентрации возникают у людей старшей возрастной группы. Классификация состояния у данной группы пациентов наиболее затруднительна и часто рассматривается амбулаторными специалистами как «вариант возрастной нормы», без патопсихологической оценки, оценки уровня тревоги, наличия депрессивной симптоматики, возможности соматизации, сочетающейся с поведенческими симптомами ипохондрии.

Цели: 1) изучить пациентов старшей возрастной группы с признаками ипохондрических состояний; 2) определить выраженность астенической симптоматики в рамках ипохондрии позднего возраста; 3) определить изменения в выраженности астенических симптомов в ходе терапии основного синдрома.

Материалы и методы: в исследование было включено 30 пациентов (женщины старше 50 лет) с признаками ипохондрических расстройств в рамках нозологически неоднородных состояний. Ипохондрические нарушения носили преимущественно характер затяжных и упорных алгических расстройств в форме перемещающихся по телу болевых, давящих (дискомфортных) ощущений. Пациенты обследовались дважды в стационарном отделении. Для обследования использовались клинико-anamnestический и клинико-психопатологический методы, визуальная аналоговая шкала интенсивности боли, шкала общего клинического впечатления.

Результаты: астенический симптом оценен как ведущий в синдроме ипохондрии в 30% случаев, сочетающийся с проявлениями основного синдрома в 50% случаев, незначительно выраженный по отношению к основному синдрому у 20%. В порядке частоты основных жалоб выделены: «слабость общая», «повышенная утомляемость», «снижение способности к концентрации», «слабость мышечная». Полная редукция астенических проявлений в процессе психофармакотерапии выявленного основного синдрома наблюдалось в 30% случаев, выраженное ослабление астено-вегетативных проявлений в 70%, случаев без существенной динамики отмечено не было. В группе больных с сопутствующим проявлением астении у 20% астенические проявления разрешились до основных проявлений ипохондрического состояния, в 40% случаев одновременно с основными симптомами, у 40% значительно позже (14-20 дней) после разрешения основного синдрома.

Выводы: астенический синдром у больных старшей возрастной группы представляет собой многофакторный и

весьма разнообразный по своим проявлениям феномен. По нашим данным, астено-вегетативный синдром является одной из особенностей ипохондрических расстройств позднего возраста, который возникает в дебюте ипохондрического состояния, превалирует в половине случаев течения заболевания и разрешается/заметно ослабляется в ходе психофармакологического лечения основного заболевания. Основные принципы терапии ипохондрического синдрома должны быть направлены с учетом астенических проявлений, а подбор терапии осуществляться до разрешения астенического состояния.

Евдокимова Т.Е.

**ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ШАХТЕРОВ И СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИХ
ФОРМИРОВАНИЯ**

*ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов»,
медицинский факультет, Москва, Россия*

Evdokimova T.E.

**FEATURES OF NEUROTIC AND SOMATOFORM DISORDERS
AMONG MINERS AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL RISK
FACTORS OF THEIR FORMATION**

*Peoples' Friendship University of Russia, Faculty of Medicine,
Moscow, Russia*

Особенности труда на производстве, физические и психические перегрузки, влияние неблагоприятных социально-экономических факторов у шахтеров являются группой повышенного риска развития психических расстройств.

Исследование не изученных в достаточной мере аспектов индустриальной психиатрии необходимо для оптимизации профилактики и выявления психической патологии на ранних этапах ее формирования, оказания адекватной медико-психологической помощи, сокращения распространенности психических заболеваний среди шахтеров и потери трудовых ресурсов, за счет лиц с психическими, в том числе невротическими и соматоформными, расстройствами.

Цель исследования: выявление клинико-динамических особенностей невротических и соматоформных расстройств у шахтеров и социально-психологические факторы риска их формирования, и на этой основе разработка и научное обоснование системы комплексных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по охране и укреплению психического здоровья данного контингента.

Сплошным методом были обследованы 943 шахтера, работающих в подземных условиях, мужского пола, трудоспособного возраста, не зарегистрированных психиатрической службой. Из этого числа у 353 (37,4%) были диагностированы те или иные невротические и соматоформные методом и психотерапевтам, в связи с невротическими и соматоформными расстройствами, сопоставимых по возрастной структуре с основной группой

Методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, клинико-эпидемиологический (в том числе сравнительно-эпидемиологический), экспериментально-психологический, математико-статистический. В качестве основного инструмента исследования использовалась «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований»,

разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Для изучения отношения к болезни использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), созданная в ПНИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. с соавт., 1987). Методика представляет собой опросник по 12 разделам (темам, подсистемам, сферам отношения к личности, связанных с болезнью. Анализ экспериментальных данных позволил определить психотерапевтические «мишени» (по В.Д. Виду) профилактики и терапии невротических расстройств.

Анализ характерологических особенностей больных производился объединенным тестом Леонгарда-Шмишека, который позволил выявить как «чистые» так и смешанные типы акцентуированных личностей. Для изучения отношения к болезни использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Для изучения локуса контроля использовался опросник уровня субъективного контроля – УСК.

Результаты: Распространенность невротических и соматоформных расстройств среди шахтеров, работающих в подземных условиях, составила 344,9 случаев на 1 тыс. шахтеров, среди работающих мужчин из общей популяции в полтора раза меньше – 210,0 случаев на 1 тыс. мужчин. При этом расстройства адаптации у шахтеров (67,5 на 1 тыс. шахтеров) выявлялись чаще в 4,2 раза, соматоформные расстройства (133,3 на 1 тыс. шахтеров) – 2,1 раза, а неврастения (72,8 на 1 тыс. шахтеров) – чаще на 29,1%, чем у работающих мужчин в общей популяции.

Сравнительный анализ клинико-динамических характеристик невротических и соматоформных расстройств у шахтеров и работающих мужчин из общей популяции выявил, что для больных обеих групп характерно:

отягощенность наследственности психическими заболеваниями – у 35,7% и 39,0% больных обеих групп, соответственно; психодезадаптационные эпизоды в детстве выявлены у 43,6% и 39,0% больных обеих групп, соответственно; ситуативно-возникающая тревожность наблюдалась у 60,4% больных шахтеров и у 58,0% больных из группы сравнения, постоянное присутствие тревожности отмечалось у 30,7% и 30,5% больных соответственно.

Умеренное снижение трудовой адаптации в период заболевания наблюдалось у 59,0% больных основной группы и 62,2% ($p=0,05$) больных группы сравнения, резкое снижение трудовой адаптации отмечается чаще у больных группы шахтеров (29,9), по сравнению с больными из группы сравнения (11,0%) ($p=0,01$). Наблюдались определенные статистически достоверные различия: у шахтеров достоверно чаще отмечались брак и ошибки в работе, нарушения трудовой дисциплины. Неспособность работать в разные смены, выдержать темп работы до конца смены, невыполнение нормы преобладали у больных группы сравнения.

Полная социальная адаптация в период заболевания сохранялась у 33,4% больных основной группы и 25 % ($p=0,02$), больных группы сравнения. Агрессивность и конфликтность, как проявления социальной адаптации были характерны для 17,3% больных шахтеров и 26,0% ($p=0,05$) больных группы сравнения. Больные были сгруппированы в 4 основные подгруппы на основе общности этиопатогенеза: 18% – тревожно-фобические расстройства; 19,5 % – расстройства адаптации; 41,6 % – соматоформные расстройства; 21 % – невротические расстройства. Из всего многообразия изученных признаков статистически

достоверным оказалось влияние на развитие невротических и соматоформных расстройств у шахтеров – 45 факторов, у работающих мужчин из общей популяции – 35. При этом, на возникновение невротических и соматоформных расстройств у шахтеров преимущественное влияние оказывают семейно-психологические факторы, у мужчин из общей популяции – производственно-психологические. Как для больных основной, так и для группы сравнения характерен высокий удельный вес биологических факторов. Факторами риска возникновения невротических и соматоформных расстройств определены (смена места работы в последние полгода – соответственно 2,6% и 0,7%, неудовлетворительность работой – 0,6% и 4,7%, болезнь или смерть близких в последнее время – 4,0% и 2,6%) и т.д. Удельный вес собственно производственных факторов (профессия, вредности производства, равномерность нагрузки и др.) более чем в 1,5 раза выше в основной группе, чем в группе сравнения. В результате проведенного лечения выздоровление наступило у 51,3% больных из группы шахтеров и 68 % больных группы сравнения; клиническое улучшение (ремиссия) отмечалось у 43,3% и 28 % больных обеих сравниваемых групп, соответственно. Динамика состояния психического здоровья как «без перемен» отмечалась у 4,8% больных основной группы и у 4 % больных группы сравнения; лишь у 0,6 % больных основной группы отмечалось клиническое ухудшение состояния.

Заключение. В течение года после внедрения лечебно-реабилитационных программ число случаев заболеваемости у данного контингента снизилось по сравнению с предыдущим периодом на 22 %, а число дней на 23,5%.

Царенко Д.М., Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю.
**СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

*МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ,
Москва, Россия*

Tsarenko D.M., Dovzhenko T.V., Yudeeva T.Yu.
**DECREASE IN THE QUALITY OF LIFE IN PHYSICAL HEALTH
DOMAIN IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER**

*Moscow scientific-research Institute of Psychiatry, Moscow,
Russia*

Актуальность: Биполярное аффективное расстройство (БАР) – распространенное заболевание, характеризующееся нарушениями в различных сферах и обладающее большой клинической и социальной значимостью. Высока коморбидность БАР с соматической патологией. Вместе с тем депрессия в структуре расстройства часто носит атипичный характер с значительной долей жалоб на физическое неблагополучие. При этом депрессивные фазы часто преобладают в течении заболевания. В связи с этим, актуальной проблемой является оценка связи качества жизни в области физического здоровья с клинико-психопатологическими проявлениями БАР, в том числе с целью оптимизации лечебно-диагностических мероприятий в первичном звене здравоохранения при оказании амбулаторной помощи.

Цель: Определить связь качества жизни в сфере физического здоровья у пациентов с БАР, находящихся в депрессивной фазе, с психопатологическими проявлениями и социальным функционированием.

Материалы и методы: В группу больных БАР вошли 20 пациентов проходивших лечение в амбулаторных условиях с диагнозом БАР, текущий эпизод депрессии легкой и

умеренной степени тяжести, мужчин – 5, женщин – 15, средний возраст – $29,4 \pm 7,4$ лет ($Me = 28,5$). Из исследования исключались пациенты с острыми соматическими заболеваниями, обострением хронической соматической патологии, органическими психическими расстройствами, злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами. Для оценки психопатологической симптоматики проводилось клиничко-психопатологическое исследование, а также использовались: опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom checklist-90-Revised (SCL-90-R); госпитальная шкала тревоги и депрессии – The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для оценки социального функционирования применялась шкала нетрудоспособности Шихана – Sheehan Disability Scale (SDS). Оценка качества жизни, в том числе в области физического здоровья проводилась при помощи опросника качества жизни и удовлетворенности – Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-Les-Q).

Результаты: В исследуемой группе больных БАП средний балл по подшкалам HADS «тревога» составил – $10,0 \pm 3,6$ ($Me = 10,0$); HADS «депрессия» – $10,0 \pm 3,7$ ($Me = 9,0$); средний балл по подшкале «депрессия» SCL-90-R составил – $2,08 \pm 0,61$ ($Me = 2,00$); средний общий балл по Q-Les-Q составил – $42,6 \pm 13,4$ ($Me = 43,5$); по показателю «качество жизни в сфере физического здоровья» Q-Les-Q – $8,4 \pm 3,7$ ($Me = 8,0$); средний общий балл по SDS составил – $17,7 \pm 4,8$ ($Me = 19,0$). Были выявлены значимые обратные корреляции среднего балла по подшкале «качество жизни в сфере физического здоровья» Q-Les-Q с показателями HADS «депрессия» ($\rho = -0,642$), SCL-90-R «депрессия» ($\rho = -0,536$) общим баллом SDS ($\rho = -0,562$) и показателем «социальная сфера» SDS ($\rho = -0,483$).

Выводы: Выявленное снижение качества жизни в сфере физического здоровья, при отсутствии соматической патологии, влияющей на физическое и психическое

состояние, у больных БАР связано с утяжелением симптомов депрессии, а также с ухудшением адаптации в профессиональной, семейной и особенно социальной областях.

Качаева М.А., Шишкина О.А.

**ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН,
СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЯНИЯ**

*ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия*

Kachaeva M. A., Shishkina O. A.

**ORGANIC PERSONALITY DISORDER IN WOMEN WHO HAVE
COMMITTED CRIMINAL OFFENCES**

*Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and
Narcology Ministry of Health of RF, Moscow, Russia*

Актуальность. В последние годы криминальное поведение изучается с учетом гендерных особенностей, появляется все больше исследований особенностей психических расстройств у женщин. Отмечается особая роль в формировании и реализации противоправного поведения сочетания церебрально-органической патологии с хроническим алкоголизмом, эндокринными сдвигами, наличием других дополнительных экзо- и эндогенных факторов (повторные черепно-мозговые травмы, ряд сопутствующих соматических и неврологических заболеваний, психогении), в той или иной степени способствующих формированию органического поражения головного мозга. Наряду с этим большое значение придается анализу социальных факторов, влияющих на противоправное поведение.

Цель. Изучение противоправного поведения у женщин с личностными расстройствами

Материалы и методы. Исследованы 80 подэкспертных с диагнозом «Органическое расстройство личности»,

установленным при проведении в отношении них судебно-психиатрических экспертиз в качестве обвиняемых в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ.

Материалы и методы. Использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический, психометрический, статистический методы исследования.

Результаты. Вся выборка была разделена согласно концепции В.В.Вандыша-Бубко на две подгруппы. Среди обследованных преобладал (88,75%) энцефалопатический вариант, в клинической картине которого отмечалось преобладание истеро-эксплозивных форм реагирования (91,54%). Меньшую группу (11,25%) составил дизонтогенетический вариант органического расстройства личности, при котором преобладал психопатоподобный синдром (66,66%).

Анализ структуры формирования органического расстройства личности в обеих группах выявил её полиэтиологичность, где наряду с перенесенными закрытыми черепно-мозговыми травмами (86,25%), резидуально-органическими состояниями вследствие патологии раннего периода (11,25%), отмечалось присоединение сосудистых расстройств (атеросклероз, гипертоническая болезнь) (83,75%), неврологических заболеваний (5%), пароксизмальных расстройств (5%), алкоголизации (83,75%), употребления ПАВ (56,25%), эндокринных нарушений инволюционного периода (56,25%), которые усиливали друг друга, что и предопределяло полиморфизм клинической картины, а именно сочетание церебральных, когнитивных расстройств с изменениями личности по органическому типу. Выявлено преобладание подэкспертных старше 40 лет (87,5%), значительная часть которых росла в неполной семье (86,25%), в условиях хронической психогенно травмирующей ситуации (83,75%). К моменту совершения правонарушения большинство женщин не работали (81,25%)

или имели значительное снижение уровня первоначальной квалификации с нарастающим снижением их социального функционирования, состоящих в разводе (75%).

Заключение. Резюмируя данные проведенного исследования, следует подчеркнуть, что судебно-психиатрическая оценка женщин с органическим расстройством личности имеет дифференцированный характер в связи гендерными особенностями и спецификой клинической картины, а также влиянием социальных факторов в виде психогенной травматизации на протяжении жизни, особенно в предшествующий правонарушению период, при котором выявлялась недостаточность механизмов регуляции психической деятельности.

Искандарова Ж.М.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Iskandarova Y.M.

GENDER FEATURES OF EMOTIONAL SPHERE IN PATIENTS WITH PARANOID SHIZOPHRENIA

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность изучения аффективной сферы у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии фармакорезистентностью терапии. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных (Ladea M., Prelipseanu D., 2016)

Цель и задачи: изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики

Материалы и методы: в исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности - опросник тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждения: из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% исследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных.

Выводы: установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов.

Осколкова С.Н.

**КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия*

Oskolkova S.N.

**COMORBIDITY OF MENTAL AND SOMATIC DISTURBANCES
IN FORENSIC PSYCHIATRY PRACTICE**

*Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and
Narcology Ministry of Health of RF, Moscow, Russia*

Актуальность. Достаточно часто в общей и особенно судебной психиатрии диагностическая сложность связана с коморбидной патологией. Одним из таких вариантов является сочетание шизофрении с употреблением ПАВ и соматическими нарушениями. Часто не сразу удается установить первопричину болезненного состояния. При криминальном образе жизни больных проблема имеет особое значение. Тем не менее, изученность ее недостаточна, что позволяет считать актуальной.

Целью работы являлось выявление дифференциально-диагностических критериев шизофрении, сочетающейся с употреблением ПАВ и соматическими заболеваниями и интоксикационно обусловленной шизофреноподобной и соматической патологией.

Материал и методы. В период судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) комплексно обследованы 47 подэкспертных 18-45 лет: 27 с катamnестически верифицированным диагнозом шизофрении (1-я группа) и 20 лиц с другой патологической почвой (расстройство личности, органическое расстройство личности). Во всех случаях употреблялись наркотики и выявлена какая-либо соматическая патология (ВИЧ-инфицированность, патология ЖКТ, туберкулез, пиелонефрит) в разные периоды жизни. В обследовании применялись клиническое интервью, психологические методы, методы PANSS, PSP, а также клиническое и параклиническое исследование соматической сферы.

Результаты. У большинства обследованных обеих групп отмечены соматические, астено-невротические жалобы, бредовые/бредоподобные идеи заражения, сензитивные идеи отношения, нередко сложные сенестопатии, ипохондрические переживания наряду с периодами эмоциональной неадекватности, депрессивных идей и стремления к смерти (статистически достоверных различий не выявлено). В 1-й группе достоверно чаще отмечались аутодеструктивные тенденции и действия, в том числе, с нелепым и противоречивым объяснением: «умереть, чтобы ничего не болело», «чтобы успокоились близкие» ($p < 0.05$). Во 2-й группе при рассказе о соматических проблемах достоверно чаще отмечалась аффективная охваченность ($< 0,05$) и чаще употреблялись синтетические ПАВ, но менее длительно, чем в 1-й ($p < 0.05$). В обеих группах имелись психотические эпизоды с дереализацией, что обусловлено их эндогенно-экзогенной или экзогенной природой. Среди факторов, затрудняющих дифференциальную диагностику, обращало на себя внимание возникновение психозов в 1-й группе анамнестически после употреблении ПАВ. Можно было считать, что интоксикация и соматическое ослабление выступали триггером шизофрении. Обсессивно-

компульсивные расстройства в 1-й группе чаще появлялись в инициальном периоде шизофрении, во 2-й группе на фоне длительного употребления наркотиков и объективного утяжеления соматического состояния ($p < 0,05$).

Астения, связанная с длительной наркотизацией, в обеих группах подэкспертных уменьшала выраженность постпсихотических расстройств (остаточную симптоматику). Это сказывалось на спорности гипотез формирования ремиссии с дефектом при шизофрении или «светлого» промежутка на фоне воздержания от наркотиков при расстройстве личности. Дополнительные дифференциально-диагностические трудности были обусловлены тем, что интоксикационные психозы не всегда сопровождались полностью критическим отношением к ним к моменту экспертизы.

Данные PANSS в сопоставляемых группах не показали статистически достоверных различий, что можно объяснить близкой фабулой бредовых и бредоподобных переживаний у этих подэкспертных (сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-параноидных), а также эпизодов нарушения сознания. Социальная характеристика при шизофрении и расстройстве личности, исходя из балла по шкале PSP, не являлась значимым фактором дифференциальной диагностики: при шизофрении показатель составлял 60-95; при употреблении наркотиков и расстройстве личности – 65-85. Практически все больные 1-й группы имели место жительства, во 2-й группе – 76 % ($p < 0,05$). Все обследованные часто меняли место работы или не работали. Инвалидность в обеих группах была обусловлена соматическим заболеванием.

Заключение. Коморбидные формы в психиатрии и психосоматике всегда представляют дифференциально-диагностическую сложность, особенно при СПЭ, когда в клинической картине играет роль психогенный фактор. Широкое употребление ПАВ и частота соматических и

соматоформных расстройств у контингента СПЭ показывает важность системно-динамического подхода к диагностике.

Выводы. Данные об употреблении ПАВ и соматическом неблагополучии лица, совершившего правонарушение, требует назначения комплексной нарколого-психиатрической экспертизы с привлечением терапевтов и неврологов.

**Ермилов О.В.^{1,2}, Ломан В.А.¹, Черняева Ю.А.¹,
Сергиенко К.С.¹, Гречишкина Ю.К.¹, Присяжнюк Е.И.¹,
Москаленко В.А.¹, Ромасенко Л.В.³, Третьяков А.Ю.¹**
**ОСОБЕННОСТИ ЗНАЧЕНИЙ ГЛИКИРОВАННОГО
ГЕМОГЛОБИНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ ТЕРАПИИ
ШИЗОФРЕНИИ**

1 - ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия

2 - ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

3 - ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

**Ermilov O.V.^{1,2}, Loman V.A.¹, Chernyaeva Yu.A.¹,
Sergienko K.S.¹, Grechishkina Yu.K.¹, Prisyazhnyuk E.I.¹,
Moskalenko V.A.¹, Romasenko L.V.³, Tret'yakov A.Yu.¹**
**FEATURES OF THE VALUES OF GLYCATED HEMOGLOBIN
LEVELS AT DIFFERENT TREATMENT MODES OF
SCHIZOPHRENIA**

1 - Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

2 - Belgorod Region Clinical Hospital of Saint Ioasaf, Belgorod, Russia

3 - Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology Ministry of Health of RF, Moscow, Russia

Актуальность. Проблема сахарного диабета 2 типа (СД2) и нарушений углеводного обмена несмотря на нынешние, более совершенные чем ранее, диагностические и лечебные

программы, по-прежнему сохраняет свою актуальность, в том числе у больных шизофренией. Для большинства развитых стран СД2 приобрел характер эпидемии. Часто его развитию предшествуют эпизоды скрытой гипергликемии, о длительности которой можно судить по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c).

Цель. Определение уровней HbA1c у пациентов, страдающих шизофренией, находящихся на различных схемах психофармакотерапии (ПФТ), с использованием традиционных (ТН) и атипичных нейролептиков (АН), а также сравнение полученных результатов с группой психически здоровых лиц.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с шизофренией без НУО. Контрольную группу составили лица, находившиеся на лечении в соматических отделениях, также не имеющих НУО. У всех пациентов определяли уровень HbA1c. Для сравнения количественных применяли Т-критерий Манна–Уитни при парном сравнении, при сравнении качественных признаков – критерий χ^2 для произвольной таблицы сопряженности (в таблице 2×2 с поправкой Йейтса). Различие показателей считали статистически значимым при $p < 0,05$ (при 5% уровне значимости).

Результаты. Основную группу составили 43 больных шизофренией, в том числе 25 (58%) мужчин и 18 (42%) женщин, контрольную – 36 пациентов, из них 17 (47%) мужчин и 19 (53%) женщин. По возрасту, весу, росту, индексу массы тела две группы достоверно не отличались.

В пределах группы психически больных уровни HbA1c у пациентов на ПФТ АН были существенно выше, чем его значения у получавших ТН ($p < 0.001$). АН получали 17 из 43 пациентов с шизофренией. Данная особенность характеризовала как группу мужчин ($p = 0.021$), так и женщин ($p = 0.041$). Затем проведен сравнительный анализ полученных

данных со значениями в группе пациентов без психоза. При анализе фактора ПФТ было обнаружено существенное повышение уровней HbA1c в группе пациентов, принимавших АН: в группе на ПФТ ТН он был значительно ниже ($p=0.002$), а на ПФТ АН значительно повышен и приближался к таковым у контрольной ($p=0.587$).

Заключение. Результаты могут свидетельствовать о модулирующем влиянии АН на уровни гликемии у данного контингента пациентов. Они соотносятся со многими исследованиями, посвященными изучению влияния АН на углеводный обмен. Снижение концентрации HbA1c в группе пациентов с шизофренией может быть обусловлено приемом ТН (таких, как галоперидол) и других препаратов (антидепрессанты, антиконвульсанты и др.), используемых в практике.

Кутарев Ф.А., Игумнов С.А.

**ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

*Национальный научный центр наркологии - филиал ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава
России, Москва, Россия*

Kutarev F.L., Igumnov S.A.

**FEATURES OF IDENTIFICATION OF CONSUMERS OF
PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN EDUCATIONAL
INSTITUTIONS**

*National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia*

Актуальность. Одной из наиболее тревожащих общественность возрастных групп, для которой характерной чертой является резкое увеличение потребления различных видов психоактивных веществ (ПАВ) являются учащиеся ВУЗов и техникумов.

Цель. Разработка психологических методов выявления ранних признаков расстройств, связанных с употреблением ПАВ в среде учащейся молодежи.

Материал и методы. Работа проводилась на базе подросткового отделения Смоленского областного наркологического диспансера при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии - филиала ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» Министерства просвещения России. Было проведено исследование учащихся первых курсов учебных заведений г. Смоленска в возрасте от 16 до 20 лет в количестве 327 человек. В контингент не были включены лица, которые не дали письменного информированного согласия на участие в исследовании. *Сплошным методом, с*

164

помощью модифицированной анкеты, созданной на основе Мичиганского теста (CAGE), теста-опросника, нацеленного на скрининг - выявление алкогольной зависимости. Данный тест нами был модифицирован таким образом, что, оставив смысл и логику теста - первоисточника, мы изменили данный тест с возможностью дополнительного объема исследования.

Результаты. Первая группа - 189 человек (57,8%). Из них 142 – лица женского пола, 47 – мужского. Данная категория учащейся молодежи, по данным теста-опросника, не выявила значимого уровня злоупотребления ни одним из основных ПАВ. По данным теста набрала 0 баллов. Вторая группа - 138 человек (42,2%). Из них 98 – лица женского пола, 40 – мужского. По данным модифицированного теста-опросника, употребляли с той или иной частотой различные виды психоактивных веществ. Основным видом ПАВ, которым злоупотребляют учащиеся, является курение табака, которое было выявлено у 20,5% опрошенных.

Выводы. Проведенное исследование показывает нам новые, перспективные направления в работе для дальнейшей разработки профилактических мероприятий, в частности связанных с адресным использованием медико-психолого-педагогических мер воздействия.

Ананич П.А., Кралько А.А.

ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

*ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика
Беларусь*

Ananich, P. A., Kralko A. A.

PREVENTION OF SUBSTANCE USE AMONG YOUNG PEOPLE

*Researcher of the State Institution "Mental Health Center", Minsk,
Republic of Belarus*

Актуальность. На сегодняшний день употребление ПАВ
служит важнейшим деструктивным фактором

демографического, социального и экономического развития страны. В рамках Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы в ГУ «РНПЦ психического здоровья» была начата работа по теме «Разработка и внедрение метода медицинской профилактики среди несовершеннолетних, находящихся в специальных учебно-воспитательных и специальных лечебно-воспитательных учреждениях в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями». Внедрение комплексной программы позволит оптимизировать профилактические и реабилитационные подходы к работе с пациентами наркологического профиля.

Цель исследования: разработка и внедрение метода медицинской профилактики среди несовершеннолетних, находящихся в специальных учебно-воспитательных и специальных лечебно-воспитательных учреждениях в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями для повышения эффективности их ресоциализации и реадaptации.

Материалы и методы: основную группу составили подростки, состоящие на учете с диагнозом «употребление психоактивных веществ с вредными последствиями» (100 человек), группу сравнения – подростки, не состоящие на учете (100 человек). Исследование проводилось по средствам структурированного клинического психиатрического и наркологического интервью с использованием исследовательских диагностических критериев МКБ-10 V раздела и следующих методик: Белорусский Индекс Тяжести Аддикции – (Бел-ИТА/В-ASI); методика CAGE (УРВО); тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test); методика «Мотивация потребления алкоголя» (Завьялов В.Ю., 2003);

тест-опросник «Аддиктивная склонность» по В.В. Юсупову; опросник Е. Heim (1988).

Результаты: были выявлены существенные различия в частоте употребления алкоголя у основной и контрольной группы. Подростки основной группы употребляют алкоголь чаще, и в 100% случаях их не отягощает наличие алкогольной зависимости. У несовершеннолетних, состоящих на диспансерном учете, более остро проявляются проблемы финансового обеспечения, психического здоровья и общего психологического благополучия. Также в данной группе подростков наблюдаются высокий уровень напряжения в вопросах семейных взаимоотношений и отношений с законом. Среди подростков основной группы чаще отмечаются случаи наличия алкогольной зависимости либо высок риск ее возникновения.

У подростков обеих групп была обнаружена взаимосвязь между аддиктивной склонностью и показателями теста AUDIT. В обеих группах было выявлено, что на формирование алкогольной мотивации в большей степени влияют желание нейтрализовать негативные переживания и инстинктивное влечение к алкоголю. Подростки с имеющейся алкогольной зависимостью (либо попадающие в зону риска ее формирования) отличаются более высоким уровнем мотивационного напряжения в поисках алкоголя. При исследовании особенностей стратегий совладания со стрессом у подростков обеих групп было выявлено склонность к выбору адаптивных когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий.

Выводы: полученные в ходе исследования данные позволили задать вектор разрабатываемой профилактической работы и определить мишени психокоррекционного воздействия в реабилитационном процессе.

Насимова Ш.К., Бабарахимова С.Б.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан*

Nasimova Sh.K., Babarakhimova S.B.

REASERCH OF INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность: в связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков.

Цель: определить социально-психологические факторы риска формирования интернет-аддикции у подростков.

Материал и методы: объектом для исследования явились 70 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 12 до 19 лет. В процессе исследования для определения эмоционального статуса использовали опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и обсуждение: среди обследованных подростков 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные

материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в семьях с деструктивным характером взаимоотношений(70%), с амбивалентным типом воспитания(20%), воспитывающиеся одним родителем(10%). Анализ полученных данных установил лиц, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. С помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 7 подростков (10%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 5 подростков(5%).

Выводы: проведённое исследование установило, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, из психологических факторов выявило склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности.

Носачев И.Г., Носачев Г.Н.

**АЛКОГОЛИЗМ КАК ХОЛИСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕЙ
МЕДИЦИНЫ**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Nosachev I.G, Nosachev G.N.

**ALCOHOLISM AS A HOLISTIC PROBLEM OF GENERAL
MEDICINE**

Samara State Medical University, Samara, Russia

Актуальность. Пьянство и алкоголизм были и остаются одной из ведущих проблем социологии и здравоохранения. Между тем в медицине алкоголизм традиционно считают проблемой психиатрии, в частности, наркологии, и практически не диагностируются в соматической медицине т.н. «вторичные» болезни алкоголизма (исключение - цирроз печени), т.е. целостный (холистический) подход к человеку и его болезням далек от внедрения. Как и любая другая сфера общественной жизни и сознания (экономика, политика, право, образование и др.), медицина предполагает научное обоснование, то есть рефлексию условий, особенностей, устройства, закономерностей и тенденций функционирования и изменений в норме и патологии, здоровья и болезни, адаптации – дезадаптации, компенсации – декомпенсации основных проявлений соматических, неврологических и психических заболеваний. Научное обеспечение медицины реализуется комплексом биологических и клинических дисциплин. Клинические дисциплины в медицине всё больше дифференцируются, и, хотя все они касаются человека, его органов и систем, но в то же время всё дальше и дальше уходят от человека и феноменов человеческого бытия в целом.

Цель - привлечь внимание медицинской общественности к холистическому, включающего антропологический и

биопсихосоциальнодуховный, подходу в общей медицине при алкоголизме.

Материалы и методы. Научное обеспечение медицины реализуется комплексом биологических и клинических дисциплин. Главное место в новой системе антропологически ориентированных наук (включая медицину, в частности психиатрию, которая все еще стигматизируется и дискриминируется) должно основываться на антропологической философии и психологии и целостном подходе, включая функциональный диагноз.

Результаты. Базовым положением холистической концепции диагностики «общего» заболевания алкоголизма (пока еще не признаваемого) соответственно является единство трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологический, психологический и социальный диагнозы.

Следовательно, холистический подход в диагностике включает в себя три диагноза: биологический диагноз (соматический, «органный диагноз», «болезнь мозга», психико-наркологический), психологический диагноз и социальный диагноз, которые вместе составляют функциональный диагноз, в котором учитываются индивидуальные особенности организма и органов (мозга, печени, сердца и др.). Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства (заболевания) является единство трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологический, психологический и социальный диагнозы. В текущей диагностической реальности алкоголизма последовательность уже указана как констатация психического заболевания, редко соматического и еще реже остальных. Но в превенции и на ранних стадиях болезни весьма важны психологический и социальный диагнозы, которые нередко могут предшествовать поздним стадиям болезни.

Заключение. Холистический подход позволяет более полно разобраться в психосоматических и соматопсихических расстройствах (первичных и вторичных болезнях), их коморбидности и, соответственно, в их терапии, реабилитации, дезадаптации, декомпенсации и профилактики.

Фецура И.В.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛИЗМА

*ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер №1»,
Тула, Россия*

Fetcura I.V.

LABORATORY DIAGNOSIS OF ALCOHOLISM

SHI «The Tula regional narcological clinic №1», Tula, Russia

Актуальность. Существуют определенные трудности диагностики хронического злоупотребления алкоголем. Единственным абсолютным показателем постановки диагноза алкоголизм является анамнез. В связи с этим зачастую возникают трудности диагностики алкоголизма, когда пациент не может (по тяжести состояния) или не хочет (опасаясь социально-правовых ограничений при установлении наркологического диагноза) сообщить анамнез своего заболевания. Поэтому возникает необходимость использования объективных лабораторных критериев верификации диагноза злоупотребления спиртным.

Цель. На примере пациентов ГУЗ «ТОНД №1» рассмотреть специфичность непрямых маркеров алкоголизма.

Материалы и методы.

1. Общий анализ крови.

- Тромбоциты (180-320 тысяч Ед/мкл). Наблюдается тромбоцитопения, то есть снижение числа тромбоцитов. Механизм развития: токсическое действие этанола на

костный мозг с развитием гипоплазии мегакариоцитарного ростка, а также нарушение образования тромбоцитов из клеток-предшественниц. Дополнительно: алкогольном циррозе печени со спленомегалией отмечается тромбоцитопения перераспределения.

- Средний объем эритроцита (80-98 фл). Наблюдается повышение показателя, поскольку при алкоголизме диагностируется макроцитоз, а гемоглобин остается в рамках нормы. Механизм развития: токсическое действие этанола на эритроциты. Дополнительно: дефицит фолиевой кислоты и витамина В12.

2. Биохимический анализ крови.

- Аспаратаминотрансфераза (0-35 Ед/л). Наблюдается повышение показателя. Фермент находится преимущественно в миокарде и печени. Механизм развития: нарушение энергетических процессов в миокарде в связи с кардиотоксическим действием ацетальдегида, ацетата и катехоламинов; токсическое действие этанола на гепатоциты, эндотелий печеночных сосудов.

- Аланинаминотрансфераза (0-41 Ед/л). Наблюдается повышение показателя. Фермент находится преимущественно в печени. Механизм развития: токсическое действие этанола на гепатоциты, эндотелий печеночных сосудов.

- Коэффициент де Ритиса (АСТ/АЛТ). Результат >1,4 характерен для алкоголизма за счет большей специфичности АСТ.

- Гамма-глутамилтрансфераза (0-55 МЕ/л). Наблюдается повышение показателя. Фермент находится преимущественно в печени в высокой концентрации. Механизм развития: токсическое действие этанола на гепатоциты.

- Щелочная фосфатаза (20-140 МЕ/л). Наблюдается повышение показателя. Фермент находится преимущественно в печени и костной ткани. Механизм развития: токсическое действие этанола на гепатоциты.

- Креатинин (74-110 мкмоль/л). Мочевина (2,5-6,4 ммоль/л). Наблюдается снижение показателей. Синтез ферментов осуществляется в печени. Механизм развития: токсическое действие этанола на гепатоциты, за счет чего концентрация ферментов снижается.

Результаты. В ГУЗ «ТОНД №1» были изучены анализы 600 пациентов с диагнозом: Синдром зависимости от алкоголя, 2 стадия.

Показатель	Характеристика изменения	Количество случаев в %
Тромбоциты	Снижение	67%
Средний объем эритроцита	Повышение	70%
АСТ	Повышение	84%
АЛТ	Повышение	67%
Коэффициент де Ритиса	Повышение	55%
ГГТ	Повышение	66%
ЩФ	Повышение	60%
Креатинин	Снижение	58%
Мочевина	Снижение	56%

Выводы. На примере пациентов с алкоголизмом в Тульской области подтверждается специфичность вышерассмотренных непрямых маркеров алкоголизма. Комплексная оценка изменений в данных показателях представит наиболее полную картину в диагностике алкоголизма.

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Научный руководитель: к.м.н. Очиллов У.У.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Turaev B.T. Hayatov R.B.

**THERAPEUTIC TACTICS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN
PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Особое значение имеет правильная оценка психопатологической картины депрессивных состояний у больных, злоупотребляющих алкоголем, для разработки эффективных тактик ведения таких пациентов. Отсутствие четких рекомендаций значительно снижает эффективность терапии, длительность ремиссии, и в целом качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить особенности психопатологических проявлений и разработать наиболее эффективную терапевтическую тактику депрессивных расстройств у пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 30 мужчин с алкогольной зависимостью, употребляющих алкоголь на догоспитальном этапе для облегчения депрессивной симптоматики, без сформированного алкогольного абстинентного синдрома. в возрасте от 30 до 50 лет. Больные проходили курс лечения в СОНД. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты исследования. По нашим данным среди клинических особенностей в картине депрессии чаще встречались расстройства с преобладанием тревоги (40%) и с

преобладанием тоски (26,7%). У людей с тревожным радикалом в преморбиде в большей степени отличительными чертами депрессии стали ипохондрические явления (46,7%), обсессивно-фобические (20%), и тревожный компонент (33,3%). Среди антидепрессантов мы выделили пароксетин, флувоксаминимиртазапин, которые использовались в комбинации с атипичными нейролептиками, такими как кветиапинитиоридазин, инормотимиками, вальпроатом натрия или карбамазепином. На первой и третьей неделе наблюдения пациентам предлагалось заполнить госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. В результате обработки данных мы получили, что в группе больных, терапия которых включала три препарата, средний балл на первой неделе составлял 22,44, а спустя три недели достигала 12,34 балла. В то же время, группе с применением двух препаратов в начале госпитализации средний показатель по шкале HADS достигал 22,84балла, а на фоне терапии приблизился к показателю, равному 14,87 балла. По данным исследования в группе пациентов без злоупотребления алкоголем депрессивное расстройство было клинически гораздо более выраженным (22,87балла), нежели у пациентов, которые принимали алкоголь (18,75балла). Однако на фоне проводимого лечения динамика по шкале HADS у пациентов без злоупотребления спиртным была заметно лучше, и к третьей неделе баллы снизились почти вдвое (11,03балла), а в группе со злоупотреблением составила лишь 14,12балла.

Выводы. Употребление алкоголя снижает степень выраженности депрессии, но в то же время депрессивные расстройства, осложненные употреблением алкоголя носят затяжной характер. Использование антидепрессанта в сочетании с нейролептиком и нормотимиком позволяет быстрее уменьшить степень тяжести и длительность депрессивной симптоматики.

Хаятов Р.Б., Тиллавова Ю.М., Исрофилова С.Р.
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ
ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Hayatov R.B., Tillavova Yu.M., Isrofilova S.R.
FEATURES OF THE FORMATION OF GENERALIZED
ANXIETY DISORDERS IN ALCOHOL DEPENDENCE

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Актуальность. При алкогольной зависимости генерализованные тревожные расстройства, как правило, входят в структуру алкогольного абстинентного синдрома. В структуре алкогольного абстинентного синдрома частота генерализованных тревожных нарушений достигает 91%.

Цель: Изучение структуры и динамики тревожных расстройств у больных с алкогольной зависимостью на различных стадиях заболевания.

Материалы и методы. С целью изучения процесса формирования генерализованных тревожных расстройств, проведено обследование 38 больных алкоголизмом с умеренно выраженными астено-вегетативным и тревожно-депрессивным синдромами. I группа – 20 пациентов в первой стадии алкоголизма; II группа – 18 пациентов во второй стадии, имевшие субъективную симптоматику в первой стадии, но не получившие соответствующего лечения. Исследование проводилось на базе психоневрологического диспансера Самаркандской области.

Результаты. Жалобы: на головную боль различного характера и локализации, в I группе – 88,3%, во II – 91,2%; нарушение сна и бодрствования, в виде раннего пробуждения и сонливости днем, в I группе – 90,4%, во II – 97%; вспыльчивость и раздражительность в I группе – 70%,

во II – 96%. Снижение памяти, появление вязкости замедленности и обстоятельности мышления, особенно когда требовалась умственная нагрузка, трудность переключения от одного вида деятельности к другому, отсутствие интеллектуальной гибкости и отвлекаемость, как в I группе, так и во II – 100%. Все выше перечисленные жалобы преобладали к снижению трудоспособности, социальной и бытовой дезадаптации в I группе – 77,2%, во II – 97% больных. При оценке уровня тревожности выявлены высокие показатели личностной и ситуационной тревожности, которые в значительной мере были обусловлены ожиданием социальных последствий болезни и опасением за состояние своего здоровья.

Выводы. Проведенное исследование показало, что алкоголизм характеризуется формированием генерализованных тревожных расстройств в первой стадии, с тенденцией к прогрессирующему течению, и может являться оценкой критериев реабилитации и степени утраты трудоспособности.

Хаятов Р.Б.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА ОСЛОЖНЕННОГО АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Hayatov R.B.

CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND COMPARATIVE ASPECTS OF THE COURSE OF ALCOHOLISM COMPLICATED BY ALCOHOLIC PSYCHOSES

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Актуальность. Выявление клинико-психологических особенностей течения алкогольной зависимости, как

осложненной так и не осложненной алкогольными психозами, важно для прогностической оценки риска развития психоза в динамике болезни, а также для разработки дифференцированных терапевтических подходов по лечению этих больных.

Цель: Провести сравнительное клиническое изучение больных алкогольными делириями и больных алкоголизмом, протекающим без психозов, установить факторы, способствующие развитию психоза и влияющие на клинические проявления заболевания в целом.

Материал и методы: Обследовано на базе Самаркандского областного наркологического диспансера 60 больных алкоголизмом в возрасте от 25 до 60 лет, злоупотреблявшие алкоголем от 5 до 15 лет, в средней суточной дозе 200-500 мл. В группу больных с алкогольными делириями, составившими основную группу, вошло 40 человек в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст которых составлял 49 лет, длительность злоупотребления алкоголем в среднем составляла $14,5 \pm 7,93$ года. Группу больных без психозов составили 20 человек в возрасте от 25 до 45 лет, средний возраст - 28 лет, длительность злоупотребления алкоголем - 8 лет. На начальном этапе исследования изучалась наследственность, личностные и конституциональные особенности больных, сомато-неврологическая отягощенность и влияние этих факторов на особенности формирования основных синдромов и симптомов алкогольной зависимости в сравниваемых группах.

Результаты: Тяжесть и выраженность алкогольного абстинентного синдрома в группе больных алкоголизмом осложненного алкогольными психозами обусловлена конституционально-биологическими факторами, тогда как в группе алкоголизма без алкогольных психозов выраженность алкогольного абстинентного синдрома не приводит к развитию острых психотических состояний. Наличие

психозов в течении заболевания способствует более быстрому переходу болезни в третью стадию, в результате чего длительность второй стадии у этих больных сокращается по сравнению с непсихотическими больными. Клинические проявления алкоголизма третьей стадии в обеих группах больных имеют сходную картину.

Выводы. 1. Наследственная отягощенность по психическим и наркологическим заболеваниям, частота сопутствующей соматической патологии в преморбиде и после формирования алкоголизма в сравниваемых группах не различаются. Формирование первой стадии алкоголизма, скорость формирования абстинентного синдрома в сравниваемых группах происходит в одни и те же сроки.

2. Алкогольный абстинентный синдром у больных с алкоголизмом, осложненным делириями, протекает тяжелее. Структура психопатологических расстройств абстинентного синдрома у больных с алкоголизмом, осложненным делириями, и протекающим без психозов, различается по уровню тревожных и депрессивных расстройств.

Васильев В.О., Кривошеев А.А.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЛИЦ,
ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКАМИ**

Реабилитационный центр клиники «Панацея», Россия, Казань

Vasilyev V.O., Krivosheev A.A.

**RESEARCH OF THE SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL
STATUS OF DRUG ADDICTIVE PATIENTS**

Rehabilitation center of clinic «Panacea», Kazan, Russia

Актуальность. Масштабы наркотизации общества огромны по своим размерам. Зависимость ставит под угрозу здоровье будущего – наших детей. Пубертатный период – один из наиболее сложных в онтогенезе человека. Здесь подросток

крайне подвержен влиянию. Проблема наркомании в России уже давно вышла за пределы одного конкретного региона.

Статистика употребления психоактивных веществ в нашей стране, по отчетам Главного управления по контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел Российской Федерации, за 2016 год и первое полугодие 2017 года озвучивает угрожающие цифры: наркотики пробовали или употребляют эпизодически около 18 млн. россиян; 8 млн. человек употребляют их систематически; 90% наркоманов принимают дозу внутривенно и инъекционно; на долю России приходится пятая часть мирового оборота незаконного производного препаратов опиоидной группы – героина. Каждый год наркотический дебют наступает у 90 тысяч граждан Российской Федерации, что составляет более, чем 200 потенциальных пациентов в день. Статистические данные взяты с информационного ресурса <http://www.priobie.ru>.

Цель. Провести исследование соматического и психологического статуса лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Материал. 28 человек лиц мужского пола, возраста от 18 до 42 лет, злоупотребляющие наркотиками, со стажем наркотизации от 5 до 23-и лет. Находятся в состоянии ремиссии, срок от 1 недели до 5 месяцев. Исследование проводится на базе реабилитационного центра «Панацея».

Методы. А) Наблюдение Б) Беседа В) Опросники: 1) Опросник соматизированных расстройств SOMS-2, 2) Шкала Цунга для самооценки депрессии.

Результаты. По шкале Цунга выявлены уровень депрессии и степень депрессивного расстройства у следующих пациентов. 19 человек - от 25-49 баллов, что означает нормальное состояние. У 9 опрошенных – результат составил от 50 до 59 баллов, что означает легкую форму депрессии.

По опроснику соматизированных расстройств SOM-2, у 8 пациентов набрано более 20 баллов, что говорит о синдромально-завершённом соматоформном соматизированном расстройстве. Остальные находятся в нормальном состоянии.

Выводы. В результате исследования была выявлена четкая взаимосвязь между соматическими расстройствами и психогенной природой аддиктивных заболеваний. Более 25% пациентов имели выраженную симптоматику. В ходе примененных нами психокоррекционных методик, таких как работа в малой психотерапевтической группе, написание анализа эмоционального состояния пациентом по дню установленного образца, для устранения симптомов алекситимии, терапия творческим самовыражением по методу М. Е. Бурно, были выявлены существенные улучшения соматического состояния пациентов. Обращений к дежурному терапевту с жалобами на самочувствие было зафиксировано в феврале месяце 2019 года на 40% меньше, чем за предыдущий период. Это подтверждает эффективность психологической коррекции в работе с соматическими фоновыми расстройствами.

Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И.

**ПРЕПАРАТ ГЛИАТИЛИН (ХОЛИНА АЛЬФОСТЕРАТ) В
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Sultanov Sh., Khodzhaeva N.

**DRUG GLIATILIN (CHOLINE ALFOSTERAT) IN THE COMPLEX
THERAPY OF HEROIN ADDICTION**

Tashkent medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Актуальность. В литературе последних лет имеется информация о существовании выраженных изменений в

области нарушений интеллектуально-мнестической сферы у больных героиновой наркоманией (ГН) на различных этапах заболевания.

С целью изучения состояния когнитивных расстройств у пациентов ГН в зависимости от длительности сроков наркотизации нами было изучено состояние интеллектуально-мнестической сферы больных ГН.

Материалы и методы. В рамках изучения действия препарата глиатилин были обследованы 51 пациент ГН, (26 больных — основная группа и 25 пациентов — сравнительная группа). Лечение данным препаратом назначали пациентам с большим сроком заболевания (свыше 5 лет). Наблюдения начинали с 5-7-го дня госпитализации, после терапии синдрома абстиненции. Пациенты основной группы получали обычное лечение вместе с препаратом глиатилин - 10 суток внутримышечно 5,0 и далее в течение 20 суток в капсулах 400 мг каждый день 1 раз утром, пациенты 2-ой сравнительной группы — только стандартное лечение. Продолжительность лечения в двух группах составила 30 дней. Выявление изменений цифровых значений различных компонентов внимания исследовалось при наличии теста Шульте.

Результаты. В результате лечения выявилось значительное различие цифровых значений внимания между пациентами основной и сравнительных групп. При терапии глиатилина с первой недели отмечалось снижение срока исполнений поручений, а у пациентов сравнительной группы со второй недели терапии. При рассмотрении результатов лечения по количественным цифрам внимания по тесту Крепелина лучшие показатели выявлялись у пациентов основной группы, леченых глиатилином. При оценке краткосрочной памяти в конце лечения отмечалась положительная динамика, а именно большее количество запоминаемых слов

(9,06±0,4) в основной группе пациентов, леченных препаратом глиатилин по сравнению с лечением в сравнительной группе (6,9±0,7) При сопоставлении динамики долговременной памяти в двух группах пациентов улучшались цифровые показатели воспроизводимых слов. Увеличение числа запомненных слов на 26% по сравнению с цифрами до лечения в основной группе и на 10, 9% сравнительной. У больных с преобладанием в симптоматике астено-депрессивных нарушений признаки результативности лечения начинаются с первой недели терапии и сопровождаются интенсивным уменьшением астено-депрессивной картины заболевания, а также редукцией невротических нарушений. Терапия препаратом глиатилин не сопровождается увеличением показателей патологического влечения к наркотику. При компонентном сравнительном анализе было установлено, что в основной группе выраженность всех составляющих (расстройства аппетита, сновидений, мимических реакций) вегетативного компонента ПВН на 30-й день лечения оказалась достоверно меньшей, чем в сравнительной группе.

Вывод. Введение глиатилина в комплексную фармакотерапию не сопровождалось побочными эффектами, что позволяет считать глиатилин не только эффективным, но и безопасным препаратом в стадии становления терапевтической ремиссии при героиновой наркомании.

Москвина Е.Б., Петрова А.С., Морозов А.М.
ВЛИЯНИЕ ПРОСМОТРА МУЛЬТФИЛЬМОВ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Moskvina E.B., Petrova A.S., Morozov A.M.

IMPACT OF VIEWING MULTIFILMS ON CHILD HEALTH

*Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia,
Tver, Russia*

Актуальность: Тема мультфильмов особенно актуальна для современного общества, так как мультипликационные фильмы являются, чуть ли не самым главным развлечением у детей на данный период времени.

Цели исследования: выявить влияние мультипликационных фильмов на познавательную активность, параметры психического состояния, изменения мировоззрения и отношений с людьми у младших школьников.

Материалы и методы: был проведен классический обзор научной литературы, затем анкетирование 120 учеников третьих классов МБОУ СШ №53, просмотр эпизодов из мультипликационных фильмов, анализ собранных данных.

Результаты: в новейших мультипликационных картинах можно указать на большое количество недочетов, которые отрицательно воздействуют на развитие детского сознания и психики, а именно:

Цветовые характеристики. Проанализировав сочетание цветов в мультфильмах, которые показывают по каналу «Карусель» в детское время, например, в мультипликационной картине «Клуб Винкс», цветовые характеристики персонажей слишком яркие и сопровождаются частыми бликами различных цветов, из-за

чего дети не имеют возможности отвлечься и подумать, не развивается внимание, которое необходимо для учебы.

Злость и насилие. Очень много детей подражают главным героям мультфильмов. В нашем анкетировании мы выявили, что 75% хотят быть похожими на мультипликационных героев. Сюжет, построенный на насилии, агрессии и злости, презентуется как веселье, как что-то очень увлекательное, веселое. Так глумятся герои мультфильма «Ну, погоди!» друг над другом. При этом 35 детей – 29% всех опрошенных, считают волка своим любимым персонажем и хотят быть на него похожим.

Полная вседозволенность. Ужасные действия и поступки не предотвращаются и не наказываются, а иногда приветствуется – у детей образуются шаблоны вседозволенности. Не заметны явные и четкие границы между добром и злом.

Откровения во взаимоотношениях. Персонажи иностранных мультфильмов, претендуя на реалистичность, обладают красивыми и физиологичными формами, иногда позволяют вести себя как женщины вульгарного, легкого поведения. По мнению большинства детских психологов, взрослые шаблоны поведения раньше положенного времени развивают в ребенке влечение, к чему ребенок еще не готов с функциональной и моральной точки зрения.

Нами было проведено анкетирование 120 учеников третьих классов, в ходе которого выявлено, что:

- 93% (112 и 120) выберут мультфильмы, вместо прогулки с друзьями,
- у 69% (83 человека) недостаток сна (менее 7 часов),
- среди них причиной позднего засыпания у 84% (70 детей из 83) мультики,

- 67 из 70 - 96% очень переживают, волнуются из-за мультиков, в связи с чем испытывают проблему с засыпанием,
- 65 из 67 страдают от головных болей, имеют частую заболеваемость,
- 60 из 67 ответили, что во время переживаний при просмотре мультфильмов постоянно испытывают зуд в области кистей рук и предплечий, страдают онихофагией.

Выводы: Проанализировав результаты, мы определили, что у большинства детей выявлены нарушения со стороны систем органов из-за мультфильмов. 97% из них страдают от головных болей, имеют частую заболеваемость, 89% процентов из них ответили, что во время переживаний при просмотре мультфильмов постоянно испытывают зуд в области кистей рук и предплечий, страдают онихофагией. 58% детей плохо спят из-за избыточного просмотра мультфильмов.

Богданова А.В., Рождественская Е.А., Морозов А.М.

ИЗМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

СТУДЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ СЕМЕСТРА

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Bogdanova A.V., Rozhdestvenskaya E.A., Morozov A.M.

CHANGES IN COGNITIVE ABILITIES OF STUDENTS DURING A SEMESTER

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

Актуальность: в 21 веке новая информация появляется с бешеной скоростью, и людям необходимо постоянно удерживать и модифицировать полученные знания. По статистике, в среднем, человек тратит около 40 дней в год на

то, чтобы просто вспомнить необходимые данные. За этот срок у эмбриона человека возникает сердцебиение, замыкается система кровообращения, и возникают первые импульсы головного мозга.

Цели исследования: выявив динамику изменений когнитивных способностей студентов в процессе обучения, выяснить наилучшее время для запоминания материала.

Материалы и методы: в ходе настоящего исследования было проведено два анкетирования - в начале учебного года и перед сессией. Были исследованы данные 625 студентов обоих полов в возрасте от 17 до 33 лет, каждому из которых был присвоен индивидуальный номер участника. Все студенты прошли 6 различных тестов на проверку памяти. После чего была проведена статистическая обработка полученных данных и их сравнительный анализ.

Результаты: в результате исследования было выявлено, что в течение учебного года память претерпевает определенные изменения.

63,7% исследуемых студентов отметили, что продолжительность их сна уменьшилась перед сессией, они стали хуже себя чувствовать: больше уставать (62,8%), нервничать (46%), некоторые из них находятся в состоянии апатии (19,6%). Недостаток сна проявляется в виде стресс-синдрома. Поначалу студенты не ощущали резкого дефицита сна и успешно справлялись с тестированием вплоть до ноября месяца. Впоследствии организм перешел в состояние декомпенсации (истощения), что отразилось на результатах тестирования – студенты стали менее внимательны и допускали больше ошибок, которые были связаны не столько со способностью запоминать, сколько со способностью концентрировать внимание на задании.

Так же нами было отмечено, что на фоне недостатка сна и общей слабости у студентов отмечалось снижение аппетита, следовательно, нарушался режим питания, и происходило торможение энергетического обмена в организме.

К декабрю, многие студенты ощутили, что учеба дается им с большим трудом, а 20% испытуемых начали принимать лекарственные препараты и БАД для улучшения самочувствия и облегчения процесса обучения (в их числе ноотропы, антидепрессанты, транквилизаторы и т.д.).

Как следствие общего ухудшения состояния и приема лекарственных средств – снижение либидо. Что, в свою очередь, приводит к уменьшению половой активности и, как итог – почти полному исчезновению такого способа снятия эмоционального и физического напряжения как секс. Что, безусловно, приводит к ухудшению самочувствия, которое сказывается на вовлеченности в учебный процесс и, в результате, на концентрации внимания и качестве запоминания информации.

Выводы: В 85% случаев студенты отмечают изменение общего состояния организма к концу учебного года. У многих наблюдается ухудшение настроения, состояние апатии, потеря аппетита, снижение мотивации к учебе и истощение организма. Это происходит из-за пренебрежения режимом дня, сна-бодрствования, питания и своим здоровьем в целом.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ
ДИАГНОЗ КАК ОСНОВА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ**

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Nosachev G.N., Nosachev I.G.

**PERSONALISED FUNCTIONAL DIAGNOSIS AS A BASIS FOR
THE COMPLEX THERAPY OF PSYCHOSOMATIC AND
SOMATIC AND MENTAL DISORDERS**

Samara State Medical University, Samara, Russia

Актуальность. Медицина XXI века успешно внедряет научно-технические достижения естественно-биологических наук, но так и не сформировала общей, комплексной науки о человеке в норме и патологии. Существует большое число конкретных, социальных наук, изучающих человека в определенной проекции, создающих идеальные модели отдельных сторон феномена человека. Но эти модели (антропологические, холистическая, биопсихосоциальная) и знания о человеке существуют сами по себе, не пересекаясь и не соединяясь и не отражаются на превенции, диагностике и реабилитации пациента ни как биологического организма, ни целостно - как организма, индивида и личности. Важнейшей сферой человеческого бытия является медицина - система научных знаний и практической деятельности, целью которых - укрепление и сохранение физического и психического здоровья, то есть народосбережение. Как и любая другая сфера общественной жизни и сознания (экономика, политика, право, образование) медицина предполагает научное обоснование, то есть рефлексию условий, особенностей, устройства, закономерностей и тенденций функционирования и изменений в норме и патологии здоровья и болезни, адаптации – дезадаптации,

компенсации – декомпенсации основных проявлений соматических, неврологических и психических заболеваний.

Цель - на основе холистического подхода к функциональному диагнозу в психиатрии показать его персонифицированное значение для соматической медицины.

Материалы и методы. Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства является единство трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологический, психологический и социальный диагнозы.

Результаты. Базовые биологические характеристики биологического диагноза включают генетические, органические и иммунно-эндокринные, лабораторные и параклинические исследования, а из них формируются клинико-соматический (неврологический) и клинико-психопатологический синдромальные диагнозы, в диапазоне различных соотношений (от непсихотических до психотических, от позитивных до негативных). Но биологический диагноз не включает в себя клинико-психологический метод с использованием клинической психодиагностики и не выстраивается на нём. И хотя клиническая психология формально отнесена к клиническим нейронаукам, она является самостоятельным междисциплинарным разделом прикладной и практической психологии.

Психологический диагноз включает в себя:

- Я-концепцию и ее составляющие: инструментальное, ожидаемое и контролируемое Я;
- из личностных характеристик также – ценностные ориентации, в том числе психическое и физическое здоровье,
- интропсихические отношения (конфликты),

- психологические адаптационно-компенсаторные механизмы
- психологические защиты, копинг-стратегии и внутреннюю картину болезни (здоровья).

Социальный диагноз включает в себя социальные характеристики личности (социальный статус и межличностные конфликты), социальные компетенции и внешние социальные ресурсы (семья и внесемейное окружение и отношения), социальная поддержка общества.

Интегративные характеристики функционального диагноза позволяют своевременно выявлять и понять затруднения (дезадаптацию, снижение, нарастание нарушений и др.) познавательной деятельности, прогнозировать и управлять течением болезни, разработав лечебно-профилактические, реадaptационные и социально-реабилитационные мероприятия.

Заключение. Функциональный диагноз в психиатрии может стать диагнозом будущего во всей медицине.

Черенков А.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

*Филиал «Туберкулезная больница» ФКУЗ МСЧ 18 ФСИН
России, Ижевск, Россия*

Cherenkov A.A.

FEATURES OF ETHICAL-DEONTOLOGICAL ASPECTS IN THE PRACTICE OF PHYSITION OF THE PENITENTIARY SYSTEM

*Branch «Tuberculosis Hospital» FKUZ NFM 18 FSIN Russia,
Izhvsk, Russia*

Актуальность. Наряду с гражданским и военным секторами здравоохранения медицинская помощь, оказывается и в учреждениях пенитенциарной системы (ПС). Безусловно, деятельность врача в условиях ПС имеет ряд специфических особенностей. Важнейшей особенностью является

своеобразие контингента в учреждениях ПС. Существует блок объективных, «медицинских» особенностей лиц содержащихся под стражей и субъективных, связанных больше с социальными и даже этологическими компонентами, поскольку тюремную субкультуру вполне можно рассматривать с позиции этологии.

Целью работы явилось проведение анализа этико-деонтологических аспектов деятельности врача в условиях ПС.

Материалы и методы: Исследование проведено на массиве больных, находящихся под стражей в туберкулезной больнице ПС.

Результаты. По проведенному анкетированию более 2000 осужденных, более чем у 60%, было выявлено негативное отношение к медицинским работникам ПС.

В отличие от «гражданского здравоохранения» доверительные отношения в системе врач – пациент в условиях ПС далеко не столь безусловны. Отношение пациента к врачу, особенно из числа аттестованного состава, зачастую диктуются формулой - ...«ты мент, а лишь потом врач»...Ввиду данной этической посылки пациент может скрыть информацию о преморбидном фоне (наличии ВИЧ – инфекции, туберкулеза et cet), времени приема воды и пищи, в предшествующее операции время, другой важной информации, имеющей в ряде случаев, серьезное прогностическое значение в интра – и раннем послеоперационном периоде. Отчасти это обусловлено некоей психологической защитой (анозогнозией), когда на бессознательном уровне (чаще всего в виде вытеснения) имеется по – видимому, установка на сокрытие фактов злоупотребления наркотиками и вообще на сообщение любой правдивой информации. Следует также учитывать, что более 40% наших больных осуждены за распространение наркотиков, еще 16% осуждены за убийство. Таким образом, имеется большая прослойка людей с деструктивным поведением.

В этой связи возрастает роль более тщательного изучения медицинской документации, а от врача зачастую требуются навыки суггестолога. Вообще же в «зоне» практически не встречается здоровых людей. Более 18% состоят на учете у психиатра, более 40% ВИЧ-инфицированные, около 7% больны различными формами туберкулеза, гепатиты В и С встречаются у 14-15%, опийная, а в последние годы и катиноновая (т.н. «соли») наркомания в анамнезе у 43%. По проведенному нами синдромальному обследованию больных выявляется преобладание синдрома дыхательной недостаточности (у 22%), печеночной недостаточности (у 13%) и ХСН (у 11%). Следует отметить, некоторое изменение структуры преморбидного фона на протяжении ряда лет. Так неуклонно возрастает количество пациентов с ВИЧ – инфекцией, при общем сокращении больных в стационаре.

Заключение. Таким образом, деятельность врача в условиях учреждений ПС имеет свою специфику. Для решения имеющихся проблем необходим комплексный подход, включающий в себя улучшение материально - технического обеспечения медицинской службы, создание научно – методических пособий, отражающих специфику работы в условиях ПС.

Ставропольский Ю.В.

СТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЯПОНИИ

ФГБОУ ВО «СГУ имени Н.Г.Чернышевского», Саратов, Россия

Stavropolsky J.V.

FORMATION OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE IN JAPAN

Saratov State University, Saratov, Russia

Юдзиро Икэми, Professor Emeritus университета Кюсю, признан одним из ведущих специалистов по психосоматике в мире. Он придал новый смысл психосоматической медицине с акцентом на древней азиатской премудрости.

Ю. Икэми родился 12 июня 1915 года. После окончания средней школы, он поступил на медицинский факультет университета Кюсю. Он сильно страдал от непереносимого кишечного синдрома, отягощённого социальной фобией. Он лечился разными методами, но без удовлетворительного результата. В 1951 году он отправился в США на стажировку. В США у него была возможность познакомиться с психосоматической медициной. После возвращения в Японию, он принял решение сосредоточить свои усилия на малоизвестной в Японии сфере психосоматической медицины.

Первая работа Ю. Икэми – лекция «Психосоматические аспекты желудочно-кишечной системы» – стимулировала рост интереса к психосоматической медицине среди японских врачей-терапевтов. Ю. Икэми получил экспериментальные подтверждения функциональных изменений в желудочно-кишечной системе, вызываемых сильными эмоциональными реакциями на гипнотическое внушение.

В 1958 году на всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Вашингтоне, Ю. Икэми выступил с докладом «Экспериментальное исследование психосоматических расстройств пищеварительной системы». Ю. Икэми был приглашён принять участие в совместной с американскими коллегами работе над учебником по гастроэнтерологии. Ему поступило приглашение стать преподавателем на факультете комплексной медицины медицинского центра университета Темпл. После возвращения в Японию в 1959 году, Ю. Икэми учредил Японское общество психосоматической медицины и провёл первый съезд этого общества в 1960 году в Токио.

В 1961 году, Ю. Икэми создал первый в Японии институт психосоматической медицины при университете Кюсю,

получив в этом институте должность профессора. В 1977 году в Киото под его председательством прошёл четвёртый международный конгресс психосоматической медицины. Его лекция «Интеграция восточной и западной психосоматической терапии» стала шедевром сама по себе и сосредоточила на себе внимание всех участников конгресса. На конгрессе развернулась живая дискуссия о психосоматической медицине между представителями стран Запада и Востока.

Ю. Икэми исполнял обязанности президента Японского психосоматического общества до 1991 года, и до своей кончины в 1999 году оставался его Emeritus President. Он также стал первым представителем Азии в должности президента международного конгресса психосоматической медицины.

Ю. Икэми автор подхода, в соответствии с которым фокус терапии в мировом масштабе должен быть сосредоточен на холистической медицине. Им были заложены биопсихосоциоэкологические основания психосоматической медицины. Исследования Ю. Икэми, посвящённые спонтанной ремиссии у пациентов, больных раком в терминальной стадии, свидетельствуют о непоколебимой вере в жизнь. Немало сил Ю. Икэми приложил к интеграции восточных соматопсихических методологий саморегулирования в западную медицину, включая йогу, цигун, дзэнскую медитацию и акупунктуру. Его научные заслуги отмечены Премией Ганса Селье 1992 года.

Муталимов А.Э.¹, Ставропольский Ю.В.²
ВКЛАД ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЯПОНИИ

¹ - ВГУЮ (РПА Минюста России), Москва, Россия

² - ФГБОУ ВО «СГУ имени Н.Г.Чернышевского», Саратов, Россия

Mutalimov A.E.¹, Stavropolsky J.V.²
CONTRIBUTION OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE TO
MEDICAL EDUCATION IN JAPAN

¹ - All-Russian state university of justice, Moscow, Russia

² - Saratov State University, Saratov, Russia y

Среди 81 медицинских учебных заведений в Японии, лишь шесть имеют самостоятельные кафедры психосоматической медицины: университеты Кюсю, Токио, Кагосимы, Кинки, Тохо и медицинский университет Кансай. Два других японских университета имеют подразделения по психосоматической медицине лишь в своих клиниках – это университеты Тохоку и Нихон. Среди 29 стоматологических училищ в Японии, самостоятельная кафедра психосоматической стоматологии имеется лишь в Токийском колледже медицины и стоматологии. Подразделения психосоматической стоматологии имеются в стоматологических клиниках всего при двух учебных заведениях – в университете Нихон и в стоматологическом колледже Нихон.

В Японии невозможно получить образование по специализации «психосоматическая медицина» ни на медицинском факультете, ни в резидентуре, ибо кафедры психосоматической медицины открыты лишь в 10% японских медицинских вузов.

Суммы, выделяемые на лечение психосоматических болезней в Японии за счёт страхового здравоохранения крайне незначительны. В ноябре 2016 года терапия психосоматических заболеваний стоила 1100 иен (661,5 рублей) за первый приём у врача и по 800 иен (481 рубль) за последующие приёмы, что значительно дешевле, по сравнению с психиатрическими пациентами, проходящими терапию амбулаторно, где стоимость одного приёма составляет 3300 иен (1985 рублей). Стоимость обычного психоанализа, который специалисты по психосоматической медицине в Японии имеют право проводить в кратком формате, составляет 3900 иен (2345,5 рублей) за один 45-минутный сеанс. В министерство здравоохранения, труда и соцобеспечения Японии неоднократно поступали обращения с просьбами увеличить возмещение расходов за психосоматическую медицинскую терапию, но все они остались втуне.

Немало пациентов, страдающих депрессией, тревожными либо соматоформными расстройствами, первоначально обращаются к терапевту, осуществляющему первичную терапию, либо к иному специалисту, не являющемуся психиатром. Симптомы многих психических расстройств являются коморбидными с психосоматическими расстройствами, поэтому идентифицирование их затруднено. В такой ситуации молодые врачи, стремящиеся построить свою карьеру в сфере психосоматической медицины, могут растерять мотивацию. Количество студентов-медиков, желающих стать терапевтами психосоматической медицины, сегодня в Японии сокращается.

Носачев Г.Н.

**ЕЩЕ РАЗ О ДЕМЕНЦИИ (ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ):
МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО. КОМПЕТЕНТНОСТЬ,
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

*Клиники Самарского государственного медицинского
университета, Самара, Россия*

Nosachev G.N.

**AGAIN ABOUT DEMENTIA (DIAGNOSIS, THERAPY): MEDICAL
LAW. COMPETENCE, RESPONSIBILITY**

Clinics of Samara state medical University, Samara, Russia

Актуальность. Правовой нигилизм интернистов широко известен, несмотря на то, что преподавание медицинского права на разных уровнях существует много лет. Ярким примером является «экспансия» неврологов в диагностику и терапию деменций с призывом выделения «нейропсихиатрии» как самостоятельной науки или слияния психиатрии с неврологией («болезни мозга»).

Цель - привлечь внимание интернистов (да и некоторых психиатров) к вопросам медицинского права в отношении диагностики и терапии синдрома деменции.

Материалы и методы. Синдром деменции при разных нозологиях по МКБ-10 относится к «Психическим и поведенческим расстройствам» (F00 – 03), т.е. является психическим заболеванием и, следовательно, специалист - психиатр и никто иной (п.п. 10,11,13,15,18,20,21 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ЗОЗГ) и ст.1-4 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ЗОПП).

В МКБ-10 присутствует междисциплинарных подход с принципом демаркации: четкое разделение неврологических заболеваний (неврология) и психических и поведенческих

расстройств при них (психиатрия). Следовательно, речь идет о диагностике разными специалистами: нозологии – неврологом, деменции – психиатром, т.е. согласно специальности, сертификату (аккредитации) специалиста. Психиатр, согласно ЗОПП (ст.23), проводит добровольное психиатрическое освидетельствование (ст.23) с оформлением письменного документа, имеющего юридическое значение, ЗОПП предусматривает и принудительное освидетельствование (ст. 24, 25).

Результаты. Врач-интернист, заподозрив когнитивные расстройства у пациента (предварительный диагноз), направляет пациента к неврологу или психиатру (последнее предпочтительнее). Пациент имеет (ст.19 п.5 ЗОЗГ) право на «получение информации... о состоянии своего здоровья» и характере медицинского вмешательства, включая цель консультации и/или дальнейшего медицинского вмешательства. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации. При постановке неврологического диагноза (п. 18 ст. 2 ЗОЗГ), включая неврологический с ведущим неврологическим синдромом (основной и/или окончательный диагноз), указание на когнитивные расстройства, особенно синдрома деменции (п.20 ст.2 ЗОЗГ) носит предварительный характер, так как является констатацией психической патологии и подтверждается только психиатром (ст.19 ЗОПП). Понятие «специалист» (невролог, психиатр, клинический психолог) законодательно регламентируется ст. 58 УПК как «лицо – обладающее специальными знаниями», подтвержденными аккредитацией (сертификатом) специалиста (п.3 ст. 69 и 70 ЗОЗГ). Естественно, возникает вопрос о компетентности и ответственности врача за диагностику синдрома деменции.

Проблема еще больше усложняется, когда вслед за диагностикой интернист назначает терапию деменции, не получив согласие на лечение психического расстройства (ст. 11 ЗОПП) или отказ от лечения (ст. 12 ЗОПП). Для осуществления всех этапов лечебно-реабилитационных мероприятий существует психоневрологической диспансер с полипрофессиональными бригадами.

В последние годы увеличивается число гражданских исков пациентов к врачам о нанесении морального вреда (ст. 12 ГК РФ), а также о неправомерном применении мер психиатрической помощи.

Заключение. На наш взгляд, вся медицинская общественность должна помнить, что медицинская документация ведется в первую очередь для прокурора, во вторую – для коллег и в третью – для пациента.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абдуллаева В.К. – 134, 136
Абдумаликова Ф.Б. – 30
Александрова О.В. – 119
Алтухова Н.Ю. – 124, 127
Ананич П.А. – 165
Аполонский Д.В. – 65
Арифджанова А.Б. – 130

Б

Бабарахимова С.Б. – 132, 134,
136, 168
Багуцкий А.Ю. – 11
Базилевич А.В. – 112
Баулина М.Е. – 18
Бачурина О.В. – 85
Богданова А.В. – 187
Бондарчук В.И. – 110
Борисова Н.В. – 23
Брюхин А.Е. – 124, 127
Бурно А.М. – 142
Буртовая Е.Ю. – 114
Бусыгина М.С. – 65

В

Васильев В.О. – 180
Вахрушев Я.М. – 65
Вишняков Ю.В. – 25
Володина О.В. – 57
Володина О.П. – 57

Г

Габриель О.В. – 45
Гончарова Е.М. – 145
Гребень Н.Ф. – 40

Д

Данилова Л.Ю. – 83
Демьянчук С.В. – 47
Десятниченко И.В. – 25
Дечко С.В. – 50
Джангильдин Ю.Т. – 93
Добаева Н.В. – 88
Довженко Т.В. – 152
Дорофейкова М.В. – 28
Дубицкая Е.А. – 20

Е

Евдокимова Т.Е. – 147
Ермилов О.В. – 161
Есина Е.Ю. – 52, 54
Ефремов И.М. – 100, 102
Ефремова Е.В. – 33, 43, 45,
100, 102

Ж

Жданова М.О. – 43

З

Задворьев С.Ф. – 28
Заика В.Г. – 67
Залялеева Ч.Р. – 102
Зуйкова Н.А. – 142

И

Игнатиади А.С. – 112
Иголина Н.В. – 45
Игумнов С.А. – 117, 164
Иноятов А.А. – 132
Исаева Е.Р. – 95
Искандарова Ж.М. – 156
Исрофилова С.Р. – 177

К

- Кангина Т.Э. – 114
Качаева М.А. – 154
Киреева И.П. – 83
Козлова И.В. – 33
Кондратович А.В. – 138
Коновалов В.Г. – 80
Кононова Д.А. – 70
Косинский В.П. – 37
Кралько А.А. – 165
Кривошесев А.А. – 180
Кудрявцева Т.В. – 95
Кукенова Л. – 140
Кулемзина Т.В. – 63
Кутарев Ф.А. – 164

Л

- Литвинчук Е.А. – 114
Лифшиц М.О. – 70
Лозовая Г.Ф. – 47
Лозовая К.В. – 47
Ломан В.А. – 161
Люкшонкова К.А. – 100
Люттов В.В. – 52

М

- Марголина И.А. – 121
Матвеева А.А. – 126
Машина Т.В. – 33
Мензоров М.В. – 33
Мещерякова К.Ю. – 138
Мирхайидова Ю.Х. – 126
Митьковская Н.П. – 50
Михайлова Е.А. – 60
Морозов А.М. – 185, 187
Москаленко В.А. – 161
Москвина Е.Б. – 185

- Мурачуева А.Г. – 93
Муталимов А.Э. – 197

Н

- Насимова Ш.К. – 75, 168
Некрасова С.В. – 142
Новгородский В.А. – 102
Носачев Г.Н. – 20, 170, 190,
199
Носачев И.Г. – 170, 190
Нуриллаева Н.М. – 30

О

- Овчинникова О.Н. – 124, 127
Орехова Л.Ю. – 95
Осколкова С.Н. – 158

П

- Пайкова А.С. – 23
Пащенко Н.Ю. – 119
Петрова А.С. – 185
Петрова Н.Н. – 28
Подусов А.С. – 45
Присяжнюк Е.И. – 161

Р

- Рогов А.В. – 72
Рождественская Е.А. – 187
Рожкова К.И. – 97
Ромасенко Л.В. – 161

С

- Семёнова Е.С. – 33
Семенова Н.Д. – 60
Сергиенко К.С. – 161
Серов В.А. – 33
Сидоровская Ю.М. – 35
Ситкина Е.В. – 95

Слабковская А.Б. – 93
Слотвинская Л.В. – 43
Смирнова Т.В. – 37
Сорокина Д.С. – 91
Спорова В.Н. – 100
Ставропольский Ю.В. – 194,
197
Суворова С.А. – 43
Судейманов Ш.Р. – 132
Султанов Ш.Х. – 182
Сыропятов О.Г. – 117

Т

Тачалов В.В. – 95
Тер-Израелян А.Ю. – 119
Тиллавова Ю.М. – 177
Тимофеев А.А. – 102
Ткаченко Н.В. – 67
Толстыга М.И. – 43
Третьяков А.Ю. – 161
Трошина И.Ю. – 45
Тураев Б.Т. – 175
Туровская Н.Г. – 138
Туровская О.Д. – 138

У

Ушакова С.Е. – 23

Ф

Федорова М.Г. – 43
Фецура И.В. – 172

Х

Хаятов Р.Б. – 175, 177, 178
Ходжаева Н.И. – 182
Ходосовская Е.В. – 50
Худина Ю.С. – 85, 112

Ц

Царенко Д.М. – 152
Цыган В.Н. – 52

Ч

Черенков А.А. – 192
Черникова Т.В. – 138
Черняева Ю.А. – 161
Чиндина Н.В. – 100

Ш

Шарипова Ф.К. – 75
Шведова Е.А. – 23
Шевалаев Г.А. – 100, 102
Шепелева Е.В. – 105, 107
Шигапова В.И. – 77
Шишкина О.А. – 154
Шутов А.М. – 45

Щ

Щербаков Г.И. – 13

Ю

Юдеева Т.Ю. – 152

Я

Ягубов М.И. – 77
Яковлев А.А. – 28
Яновский Т.С. – 117