

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
Ассоциация молодых медицинских специалистов  
Профессиональное медицинское объединения психотерапевтов,  
психологов и социальных работников г. Москвы и Московской области  
Международный институт психосоматического здоровья

III Ежегодная межвузовская научно-практическая конференция  
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ-2017»

(Москва, 23 марта 2017 г.)

Сборник тезисов

Москва  
2017

СБОРНИК ТЕЗИСОВ III Ежегодной межвузовской научно-практической конференции «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ-2017» -  
Москва: ООО «СИНАПС», 2017 – 112 стр.  
ISBN 978-5-9909002-4-0

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

ISBN 978-5-9909002-4-0

© ООО «СИНАПС», 2017  
© Авторы, 2017

## Оглавление

### КАРДИОЛОГИЯ

- Задворьев С.Ф.** Клинико-лабораторные корреляты назначения психотропных препаратов в практике кардиологического отделения ..... 8
- Есина Е.Ю.** Распространенность и структура факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы ..... 10
- Будникова Н.В., Чернова Н.С., Ушакова С.Е., Полятыкина Т.С., Титова Н.С.** Типологические особенности женщин молодого и среднего возраста с артериальной гипертонией ..... 13
- Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.** Анализ качества жизни у пациентов с сочетанием артериальной гипертонии и моторно-эвакуаторными нарушениями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта ..... 15
- Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В., Котова Ю.А., Бугримов Д.Ю., Зуйкова А.К.** Тревожно-депрессивные расстройства у больных гипертонической болезнью ..... 18

### ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

- Леушина Е.А., Сатюкова О.А.** Тип отношения к болезни у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта ..... 21
- Евстифеева Е.А., Филипченкова С.И., Мурашова Л.А., Шехаб Л.Х.** Качество жизни пациентов с эрозивно-язвенным поражением гастро-дуоденальной зоны на фоне метаболических нарушений ..... 22

<b>Вахрушев Я.М., Бусыгина М.С., Зеленин В.А.</b> Вегетативный и психо-эмоциональный портрет больных язвенной болезнью с сопутствующей хронической дуоденальной недостаточностью .....	24
<b>Тихомирова Г.И., Паньков В.П., Черенков А.А.</b> Психосоматическая характеристика больных язвенной болезнью .....	26
<b>Младшева М.В., Сбродова Е.А., Пантюхина Я.С., Шуматова О.Э., Тихомирова Г.И.</b> Психосоматика и ее роль в развитии желчнокаменной болезни .....	31
<b>ГИНЕКОЛОГИЯ</b>	
<b>Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А., Досова С.Ю.</b> Психосоматические предикторы привычного невынашивания беременности	34
<b>Десятниченко И.В., Вишняков Ю.В.</b> Аффективные расстройства при гормонотерапии в гинекологической практике .....	36
<b>Сайдалиходжаева Д.Г.</b> Анализ эмоционального фона и личностных особенностей беременных женщин .....	38
<b>Нарбаева Н.Х.</b> Опыт изучения послеродовых депрессий у женщин с учётом личностных особенностей	40
<b>ЭНДОКРИНОЛОГИЯ</b>	
<b>Шарипова Ф. К., Ахмедова Ш.У.</b> Спектр аффективных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа .....	43
<b>Шимкина Н.Ф.</b> Структура когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа .....	45
<b>Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Холодин С.П.</b> Психосоматический статус и качество жизни больных с гипертериозом .....	47
<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ</b>	
<b>Стригина Т.Ф., Стригина М.И.</b> Клинический случай ВИЧ-инфекции в сочетании с деменцией .....	50

## **ХИРУРГИЯ**

- Чкадуа Т.З., Качмазова М.В., Лащинина Ю.А.**  
Клинико-диагностическое значение показателей  
психоэмоционального состояния у пациентов с  
деформациями носа ..... 53
- Судейманова О.О., Телицын В.С., Морозов А.М.**  
Уровень тревожности и депрессии в предоперационном  
периоде ..... 55

## **ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**

- Карпачевская Г.Ф., Шарипов А.Р., Михайлова Г.М.**  
Перспективы применения бос-терапии в комплексном  
лечении глаукомы ..... 58

## **НЕВРОЛОГИЯ**

- Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.,  
Мурашова А.А., Досуужева Е.А.** Психосоматический  
статус и качество жизни больных с пояснично-  
крестцовой радикулопатией не требующей  
хирургической коррекции ..... 61
- Вильховая Э.П., Туманова Е.В., Валуйская А.С.,  
Зайцева О.И.** Коррекция эмоционального состояния и  
когнитивно-мнестических функций пациентов с  
закрытой черепно-мозговой травмой ..... 63
- Ромашкина А.В., Бурдаков В.В., Сафронова А.И.**  
Сравнительная оценка когнитивных нарушений в  
периоде остаточных явлений боевой черепно-мозговой  
травмы ..... 65
- Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В.**  
Анализ внутренней картины болезни у больных с  
последствиями ишемического инсульта ..... 67

## ПСИХИАТРИЯ

**Оконишников Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю.**

Психометрическая оценка дисморфофобии-дисморфомании у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией ..... 70

**Линева Т.Ю., Брюхин А.Е., Оконишников Е.В.**

Характеристика обсессивно-фобических расстройств при нервной анорексии ..... 72

**Якубова М.А.** Структура психопатологических расстройств у женщин с параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия ..... 75

**Есина Е.Ю., Есина М.В.** Стресс в патогенезе психосоматических расстройств у лиц молодого возраста ..... 79

**Ярославская А.И, Ярославская М.А., Петровская А.Н.** Применение цветового теста Люшера в оценке состояния пациентов, страдающих депрессивными расстройствами ..... 81

**Жиляев А.Г.** Тактика выбора психофармакологии при психосоматических расстройствах ..... 84

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Носачев Г.Н.** Методологические и организационно-правовые аспекты психосоматической медицины: прошлое и настоящее ..... 86

**Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Магурдумова Л.Г.** Поэтапное предупреждение психических, наркологических расстройств у людей опасных профессий ..... 88

**Любов Е.Б.** Организация и практика лечения старческих деменций: резервы эффективности ..... 91

## НАРКОЛОГИЯ

**Бабарахимова С.Б., Абдурахманова С.У.**

Психосоциальные факторы формирования интернет аддикции ..... 93

## **ПСИХОТЕРАПИЯ**

<b>Волгина Т.А.</b> Алекситимия и психосоматика .....	96
<b>Белокрылов И.В., Семиков С.В.</b> Новые акценты в психотерапии расстройств пищевого поведения .....	98
<b>Некрасова С.В., Бурно А.М.</b> Опыт применения методики инверсии возможностей для лечения трихотилломании .....	101
<b>Кононова Д.А., Белоскурская О.П.</b> Перспективы применения транзактного анализа в лечении психосоматической патологии .....	103
<b>Маркова И.П.</b> Лечение пациентов с психосоматическими расстройствами с применением терапии творческим самовыражением .....	106
<b>Коновалов П.Н., Задорожная О.В.</b> Групповая реконструктивная психотерапия у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями .....	108
<b>ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ</b> .....	111

## **КАРДИОЛОГИЯ**

**Задворьев С.Ф.**

**Санкт-Петербургский государственный университет,  
Медицинский факультет, Кафедра госпитальной терапии**

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ НАЗНАЧЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Zadvorev S. F.**

**Saint Petersburg State University, Faculty of Medicine, Department  
of Hospital Therapy**

### **CLINICAL AND LABORATORY CORRELATES OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN PRACTICE OF CARDIOLOGY DEPARTMENT**

**Актуальность:** Частота психических расстройств среди кардиологических пациентов крайне высока, и потребность в психофармакотерапии у них может достигать, по отдельным данным, свыше 50% (Оганов Р.Г. и др., 2004). В то же время, такие состояния, как правило, гиподиагностируются. Полноценный скрининг в условиях общесоматической практики затруднен ввиду отсутствия у большинства интернистов необходимой компетенции и времени, поэтому актуальным представляется поиск неспецифических коррелятов психических расстройств, который не потребовал бы от интернистов углубленных навыков диагностики и больших затрат времени.

**Цель:** Разработать алгоритм, позволяющий по клиническим признакам выявить среди пациентов, проходящих лечение по



соматических алгоритмам, группу риска по соматоформному характеру жалоб.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 145 пациентов (средний возраст  $65,0 \pm 12,7$  лет, 57% женщин), проходивших лечение в кардиологическом отделении стационара. Была проанализирована частота назначения психотропных препаратов в стационаре и их рекомендации на амбулаторный прием. Фиксировались следующие характеристики больных: пол; возраст; лабильный характер артериальной гипертензии; дебют сердцебиения в возрасте  $\leq 50$  лет; декомпенсация сердечной недостаточности; число сопутствующих заболеваний; число отклонений от референсных значений в выполненных при поступлении анализах крови (клиническом и биохимическом); плановый характер госпитализации.

**Результаты:** В данной выборке 30% от всех пациентов получало психотропные препараты в стационаре (21% - гидроксизин, 5% - другие анксиолитики, 4% - другие психотропные препараты). Рекомендация амбулаторного приема психотропных препаратов имела лишь в 12% случаев.

Проведен регрессионный анализ с целью выявления коррелятов назначения психофармакотерапии в условиях кардиологического стационара. Составлена шкала, включающая три достоверных независимых фактора, связанных с назначением психотропных препаратов: лабильная артериальная гипертензия с частыми кризовыми подъемами давления (+5 баллов); число сопутствующих диагнозов (по +1 баллу за диагноз); число отклонений в клиническом и биохимическом анализах крови (по -0,5 баллов за отклонение). По данным анализа модели, назначение психотропных препаратов кардиологом зависит от этих параметров на 36,5%.

Частота рекомендаций психотропных препаратов после выписки у пациентов с <4 баллами по данной шкале составила 1% (1 из 95 пациентов), у пациентов с 4-7 баллами – 29% (11 из 38), при >7 баллах – 50% (6 из 12). Частоты назначения психотропных препаратов в стационаре в этих группах составили 9%, 61% и 92 %, соответственно.

**Выводы:** 1. Разработан алгоритм, позволяющий выявить группу риска по соматоформной патологии на основании клинико-лабораторных данных, доступных на уровне приемного отделения соматического стационара. 2. Данный алгоритм может быть полезен практическому врачу при определении пациентов из группы риска соматоформного характера жалоб, а также для объективизации показаний к консультации психиатра в условиях невозможности адекватного скрининга психических расстройств.

**Есина Е.Ю.**

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

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Esina E.Y.**

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

## **DISTRIBUTION AND STRUCTURE OF RISK FACTORS OF THE CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH SOMATOFORM DYSFUNCTION OF VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM**

**Актуальность.** Социально-психологическая ситуация, сложившаяся в последние годы в нашей стране, рост уровня невротизации населения, создают предпосылки для нарушения адаптации современного человека к меняющимся условиям социальной среды обитания. Психосоциальные факторы риска являются ведущими в генезе соматических, психосоматических и психических заболеваний. В связи с этим, настоящее время сохраняется актуальность изучения соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (СДВНС) из-за высокой заболеваемости, часто с потерей трудоспособности, преимущественно среди лиц молодого трудоспособного возраста и необходимости проводить дифференциальный диагноз данной патологии с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

**Цель.** Определить распространенность и структуру факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы лиц молодого возраста мужского пола.

**Материалы и методы.** В одномоментном исследовании приняли участие больные СДВНС. 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.).

**Результаты.** Средний возраст больных СДВНС, мужского пола составил  $22,9 \pm 1,6$  лет. Распространенность ФР ССЗ у обследуемой группы лиц – 100%. Среди ФР ССЗ лидировали: стресс – у 41 (71%) респондента, низкая физическая активность – у 34 (59%), курение – у

33 (57%). Стаж курения составил  $2,2 \pm 3,0$  года, количество сигарет, выкуриваемых в сутки –  $5,8 \pm 8,0$ . Тревога и депрессия были зарегистрированы у 24 (41%) и 15 (26%) респондентов, соответственно. У респондентов отмечалась субклиническая тревога –  $6,6 \pm 4,1$ . Недостаточное суточное число порций овощей и фруктов, не считая картофеля, принимали 21 (36%) больной СДВНС молодой мужчина. Алкоголь в дозах, превышающих безопасные, принимали 20 (34%) обследуемых. Избыточная масса тела и ожирение были выявлены у 25 (43%) респондентов, индекс массы тела составил –  $24,7 \pm 5,5$  кг/м<sup>2</sup>. Офисная частота сердечных сокращений (ЧСС) покоя  $\geq 80$  уд/мин была выявлена у 5 (9%) респондентов. Средняя офисная ЧСС покоя составила –  $76,5 \pm 10,0$  уд/мин. Среднее офисное систолическое артериальное давление составило  $129,10 \pm 16,4$  мм рт. ст, среднее офисное диастолическое артериальное давление –  $88,3 \pm 10,1$  мм рт. ст. Общий холестерин 5 ммоль/л и выше был зарегистрирован у 3 (23%) респондентов. Средний уровень общего холестерина составил –  $4,2 \pm 1,0$  ммоль/л. Отсутствие дополнительной аэробной физической активности в детском и/или подростковом возрасте – у 21 (36%) респондентов.

**Выводы.** У 100% больных соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы лиц мужского пола выявлены факторы риска ССЗ, среди которых преобладает стресс, в 71% случаев. Психосоциальные факторы риска связаны с поведенческими факторами риска и представляют собой потенциальные механизмы, которые могут приводить к срыву адаптационных возможностей современного человека, влияя на состояние вегетативной нервной системы.

**Будникова Н.В., Чернова Н.С., Ушакова С.Е.,  
Полятыкина Т.С., Титова Н.С.  
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново**

## **ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ**

**Budnikova N.V., Chernova N.S., Ushakova S.E., Polyatykina T.S.,  
Titova N.S.  
FSBEI HE IvSMA MOH Russia, Ivanovo**

## **TYPOLOGICAL FEATURES WOMEN YOUNG AND MIDDLE- AGED WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Среди молодых женщин распространенность АГ невелика. Однако в последнее время отмечается рост АГ среди молодых женщин. В развитие АГ вносят свой вклад и личностные особенности самих пациенток, которые влияют на отношение к болезни, взаимодействие с врачами, готовность лечиться.

**Целью работы** было изучение типологических особенностей женщин молодого и среднего возраста с АГ.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 84 пациентки с АГ 1-2 стадии, которые были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: I группа – 38 женщин молодого возраста ( $36,35 \pm 7,07$  лет), II группа – 46 женщин среднего возраста ( $51,63 \pm 5,36$  года). С целью выявления типологических особенностей женщин использовался сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ) в

модификации Собчик Л.Н. Были определены психологические тенденции акцентуированных личностей (психотипы) и варианты нормы.

**Результаты.** При анализе наиболее часто встречающихся психотипов личности у женщин молодого возраста с АГ выявлено, что в 36,85% случаев показатели теста СМОЛ находились в пределах нормативных значений (40-60 Т-баллов). Это лица без нарушения психологической адаптации. С одинаковой частотой у больных данной группы встречались истероидный (21,05%) и астено-невротический (21,05%) психотипы. Истероидный психотип характеризовался повышением по шкалам 1 (сверхконтроля), 3 (эмоциональной лабильности), что свидетельствует о фиксации внимания на самочувствии и ощущениях, повышенной склонности к ипохондрии, эмоциональной лабильности. Астено-невротический психотип был диагностирован на основании повышения по шкалам 1 (сверхконтроля), 2 (пессимизма), 3 (эмоциональной лабильности), 7 (тревоги). Женщинам с данным психотипом личности свойственно снижение устойчивости к стрессу, неуверенность в себе, повышенная нервозность, потребность в понимании, доброжелательном отношении к себе, высокая тревожность и фиксация этой тревоги на состоянии своего здоровья. При оценке наиболее часто встречающихся психотипов личности у женщин среднего возраста с АГ было отмечено, что увеличился процент лиц с астено-невротическим психотипом (39,06%), появился эпилептоидный психотип (23,96%), а встречаемость лиц с психической нормой (13,02%) значительно уменьшилась. Эпилептоидный психотип характеризовался более высокими показателями по шкалам 2 (пессимизма), 4 (импульсивности), 6 (ригидности). Основными чертами личности пациенток, относящихся к этому типу, являются аффективная взрывчатость, склонность к возникновению злобно-

тоскливого настроения с чувством внутренней раздраженности, недовольство окружающим.

При эмоциональной напряженности, в состоянии стресса и нарастании признаков социально-психологической дезадаптации типологические особенности могут способствовать адаптации или перерасти в дезадаптивное состояние.

**Заключение.** Таким образом, с возрастом у женщин с АГ значительно уменьшается встречаемость лиц психической нормы и увеличивается выявляемость акцентуированных личностей. Поэтому для достижения оптимальных результатов ведения и лечения женщин с АГ в зависимости от возраста необходимо учитывать типологические особенности.

**Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.**

**ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Киров, Россия**

### **АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**Leushina E.A., Chicherina E.N.**

**Kirov State Medical University, Kirov, Russia**

### **THE ANALYSIS OF QUALITY OF LIFE AT PATIENTS WITH THE COMBINATION OF THE ARTERIAL HYPERTENSION AND MOTOR-EVACUATION VIOLATIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT**

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) – самостоятельное, хронически протекающее заболевание, выражающееся в стойком повышении артериального давления. Около 40% взрослого населения Российской Федерации имеют высокие величины артериального давления. Сочетание моторно-эвакуаторных нарушений желудка с АГ достигает 40%. Важная роль в данной коморбидной патологии отводится нервному перенапряжению и стрессовым воздействиям, которые сопровождаются тревожностью, мнительностью, возбудимостью, ипохондрической настроенностью, что ведет к изменению качества жизни данных пациентов. Наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению продолжительности госпитализаций, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации, увеличивает число осложнений.

**Цель.** Изучить влияние моторно-эвакуаторных нарушений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта на качество жизни пациентов с артериальной гипертонией.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование, на базе Клиники Кировской государственной медицинской академии, было обследовано 60 пациентов с моторно-эвакуаторными нарушениями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в сочетании с АГ (основная группа). Группа сравнения 30 человек без АГ. Средний возраст в группах составил 48,0 [31,1;72,4] и 40,2 [24,2;56,5] ( $p = 0,45$ ). Группы сопоставимы по полу, основным клиническим и демографическим характеристикам. Всем участникам исследования была проведена оценка качества жизни с использованием опросника общего типа Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанным J.E. Ware с соавт. в 1988 г. Опрос проводился методом интервью. Ответы оценивали в баллах от 0 до



100. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости ( $p$ ), при этом критический уровень значимости в данном исследовании принимался равным 0,05. Оценку различий между выборками проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Для обработки данных был использован пакет прикладных статистических программ STATISTICA 10 (StatSoft, USA).

**Результаты.** В ходе исследования выявлено в основной группе и группе сравнения: PF- 82,0 [55,0;94,1] и 84 [56,0;93,3] ( $p=0,76$ ) соответственно; RP-95,04 [74,02;102,0] и 44 [30,1;54,8] ( $p=0,004$ ) соответственно; GH- 86 [54,0; 95,32] и 81 [70,56; 92,0] ( $p=0,74$ ) соответственно; BP- 98 [87,4; 105,8] и 44 [33,7;54,9] ( $p=0,0032$ ) соответственно; VT- 30 [22,1;34,0] и 60 [51,0;68,0] ( $p=0,045$ ) соответственно; SF- 80 [75,0;83,2] и 92[82,9; 105,0] ( $p=0,057$ ) соответственно; RE- 81 [74,9;90,4] и 93 [74,0;107,5] ( $p=0,057$ ) соответственно; MH- 15 [5,0;17,76] и 34 [21,89;40,0] ( $p= 0,0025$ ) соответственно.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные говорят, что наличие коморбидных заболеваний достоверно снижает качество жизни пациентов. Было отмечено снижение способности заниматься повседневным трудом, при ощущении повышения артериального давления (головная боль, выраженная тяжесть в голове), утомление и тревожность у пациентов с коморбидной патологией.

**Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н., Страхова Н.В., Котова Ю.А.,  
Бугримов Д.Ю., Зуйкова А.К.**

**ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский  
университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России**

## **ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Zuykova A.A., Krasorutskaja O.N., Strahova N.V., Kotova Yu.A.,  
Bugrimov D.Yu., Zuikova A.K.**

**Voronezh State Medical University**

## **ANXIETY-DEPRESSION DISORDER PATIENTS WITH HYPERTENSION**

**Актуальность.** Тревножно-депрессивные расстройства (ТДР) остаются одними из самых распространенных психопатологических состояний у пациентов с соматической патологией, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В общесоматической сети ТДР особенно часто возникают у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В настоящее время появляется всё большее количество данных о связи между ТДР и ГБ, доказывающими, что тревожные расстройства ассоциируются как с повышенным риском развития, так и смертности от ГБ, что определяет актуальность данного исследования.

**Цель исследования** - определение выраженности и проявлений тревожной-депрессивной симптоматики у мужчин с установленными диагнозами ГБ.

**Материалы и методы.** Для объективной оценки соматического и психического состояния использовались: скрининговая карта по

выявлению тревожно-депрессивной симптоматики в кардиологической практике; анализ карт амбулаторного больного.

В группу наблюдения были включены пациенты с гипертонической болезнью, протекающей от 5 до 7 лет.

**Результаты.** ГБ I степени была установлена у 45% обследуемых, ГБ II степени составила 55%. В результате скринингового обследования с помощью специально разработанной карты было выявлено наличие тревожной и/или депрессивной симптоматики у 55 % пациентов (11 чел.), у остальных 45% пациентов (9 чел.) тревожная и/или депрессивная симптоматика отсутствовали.

Сравнительный анализ частоты встречаемости проявлений тревожной и тревожно-депрессивной симптоматики карты выявил, что чувство тревоги встречается в 81%, головные боли в 100%, ощущение внутренней напряжённости в 72%, страхи (в том числе инфаркта, инсульта, физической нагрузки), приступы тревоги, избегание психотравмирующих переживаний в 63%, раздражительность, ухудшение памяти в 81%, снижение настроения в 72%, у пациентов с наличием тревожной и/или депрессивной симптоматики.

В то время как в группе пациентов без тревожной симптоматики такие симптомы, как чувство тревоги, ощущение внутренней напряженности, страхи, нетерпеливость, беспокойство по мелочам, снижение настроения, не выявлялись вовсе. Ухудшение памяти отмечалось у 55% обследованных без тревожной симптоматики.

Анализ амбулаторных карт показал, что для лиц с тревожными расстройствами характерно нарушение мочеиспускание (56%), диарея (17%), запоры (27%), сухость во рту (45%), изжога, отрыжка, чувство переполнения желудка (56%), снижение либидо (36%), нарушение дыхания во сне (27%).

У лиц без тревожных нарушений учащенное мочеиспускание, диарея, запоры, сухость во рту не выявляются, нарушение дыхания во сне (11,1%).

**Выводы.** В результате настоящего исследования тревожной симптоматики у больных с гипертонической болезнью была определена высокая частота встречаемости тревожного и тревожно-депрессивного варианта расстройства адаптации. Установлено, что некоторые проявления тревожного синдрома, относимые к вегетативной дисфункции, характерны как для собственно расстройства адаптации, так и для гипертонической болезни. Полученные данные о неспецифических и специфических симптомах тревоги у больных гипертонической болезнью помогут упростить и повысить выявляемость ТДР в общей соматической практике.

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

**Леушина Е.А., Сатюкова О.А.**

**ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Киров, Россия**

### **ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**Leushina E.A., Satukova O.A.**

**Kirov State Medical University, Kirov, Russia**

### **TYPE OF ATTITUDE TOWARD DISEASE IN PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT**

**Актуальность.** Болезни органов пищеварения остаются актуальной проблемой клинической медицины. Во всем мире ежегодно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепато-билиарной системы. Уже давно известна тесная связь эмоций и ЖКТ. Эмоции и чувства представляют собой отражение реальной действительности в форме переживаний. Различные формы переживания чувств (эмоции, аффекты, настроения, стрессы, страсти) образуют в совокупности эмоциональную сферу человека.

**Цель.** Определить тип отношения к болезни у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование на базе НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД». Было изучено 45 человек, средний возраст которых составил  $51 \pm 11$  год. Из них, женщины составили – 40%, мужчины –

60%. Всем участникам исследования было проведено психологическое диагностическое исследование по методике «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева, 2005 г.).

**Результаты.** В ходе исследования выявлено, что гармоничный тип отношения к болезни, характеризующийся оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, стремление во всем активно содействовать успеху лечения, встречается в 36% случаев; эргопатический, «уход от болезни в работу», сверхответственное, одержимое отношение к работе, встречается в 22% случаев, анозогнозический тип, активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного, встречается в 42% случаев.

**Выводы.** Таким образом, полученные данные говорят, что наиболее часто встречается анозогнозический тип отношения к болезни у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта. Это говорит о том, что необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди населения, направленную на формирование знаний симптомов заболеваний ЖКТ, патогенеза, методах лечения и профилактики.

**Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А.,  
Шехаб Л.Х.**

**ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава РФ, Тверь, Россия**

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-  
ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ЗОНЫ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ**

**Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Murashova L.A., Shehab L.H.**  
**FGBOU VO «Tver state medical university» of Ministry of**  
**healthcare of the Russian Federation , Tver, Russia**

## **QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH EROSIIVE AND ULCERATIVE LESIONS GASTRO-DUODENAL ZONE IN PATIENTS METABOLIC DISORDERS**

**Актуальность.** Современная медицина в своем арсенале имеет много новых и эффективных методов лечения эрозивно-язвенного поражения гастро-дуоденальной зоны, но проблема не теряет своей актуальности в связи с тем, что острые язвы обнаруживаются практически у 80% пациентов, находящихся в критическом состоянии на фоне стрессовых воздействии.

**Цель.** Исследование качества жизни пациентов с эрозивно-язвенным поражением гастро-дуоденальной зоны на фоне метаболических нарушений (ЭЯПГДЗ).

**Материалы и методы.** Обследованы пациенты с ЭЯПГДЗ в количестве 50 человек, в возрасте от 19 до 70 лет, среди которых 25 женщин и 25 мужчин. Психодиагностическое исследование было проведено с помощью методики SF-36, предназначенной для оценки качества связанного со здоровьем под влияние заболевания и лечения. Данный опросник пригоден для медико-социальных исследований.

**Результаты.** Низкие показатели физического, ролевого, социального и эмоционального функционирования, интенсивности боли были выявлены у 57% пациентов. Общее здоровье, жизненная активность и психическое здоровье у 75% испытуемых находятся в диапазоне средних оценок.

**Выводы:** Таким образом, у пациентов с ЭЯПГДЗ физическая активность значительно ограничивается состоянием здоровья, повседневная деятельность ограничена физическим состоянием, боль существенно ограничивает активность, сужается круг социальных контактов из-за снижения уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, а также появляются проблемы с выполнением повседневной работы, обусловленные ухудшением эмоционального состояния. Также испытуемые отмечают наличие утомления, снижения жизненной активности и тревожных переживаний.

**Вахрушев Я.М., Бусыгина М.С., Зеленин В.А.**

**ГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия**

**ВЕГЕТАТИВНЫЙ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ  
ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С  
СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Vakhrushev Y.M., Busygina M.S., Zelenin V.A.**

**Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia**

**THE VEGETATIVE AND PSYHO-EMOTIONAL PORTRAIT  
OF PATIENTS WITH ULCER DISEASE WITH  
CONCOMITANT CHRONIC DUODENAL FAILURE**

**Целью** работы является изучение вегетативного статуса, личностной и ситуативной тревожности у больных язвенной болезнью (ЯБ) с сопутствующей хронической дуоденальной недостаточностью (ХДН), а также сопряженности их изменений с показателями функционального состояния ДПК.



**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 80 больных ЯБ с сопутствующим ХДН. Мужчин было 45, женщин - 35. У 18 больных язва локализовалась в желудке (Ж), у 62 - в двенадцатиперстной кишке. Оценка моторной функции Ж и ДПК проводилась с помощью периферического электрогастрографа ЭГГ-4М. . Уровень электрической мощности Ж и ДПК оценивался степенью мощности (Р) органа, которая высчитывалась по формуле:  $P = A \cdot \text{Ч}$ , где А -амплитуда, Ч - частота зубцов на электрогастрограмме. Координированность электрической активности Ж и ДПК оценивалась с помощью коэффициента отношения мощностей (КСМ) Ж/ДПК постпрандиально.

Для исследования состояния ВНС изучались вегетативный тонус (ВТ), вегетативная реактивность (ВР) и вегетативное обеспечение (ВО). Для определения типа темперамента использовался тест-опросник Айзенка, для оценки личностной тревожности (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ)- тест-опросник Спилберга-Ханина. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

**Результаты.** У больных ЯБ Ж с сопутствующей ХДН выявлены симпатикотония (84,3%), избыточная ВО (75,8%), повышенная ВР (57,8%). Уровень ЛТ имеет высокое значение (52,2), СТ была незначительно повышена. Большинство больных являются экстравертами (51,3%) с повышенным уровнем нейротизма (15,7%). При изучении уровня электрической активности Ж и ДПК после еды выявлено, что средний КСМ Ж/ДПК соответствует гиперкинетическому типу кривой. Между показателями ЛТ, СТ и КСМ Ж/ДПК отмечается умеренная прямая корреляция ( $r = 0,7$  и  $r = 0,6$  соответственно), что показывает о влиянии ЛТ на состояние моторики ДПК у больных ЯБ Ж с ХДН.

У больных ЯБ ДПК также преобладает симпатикотония (67,3 %) с избыточной ВО (68,2%), но ВР остается в норме (67,3%). Уровни СТ (47,5 баллов) и ЛТ (32,6 баллов) были повышены. Среди больных ЯБ Ж с ХДН также преобладают экстраверты (75,3%) с повышенным уровнем нейротизма (14,3%). Уровень КСМ Ж/ДПК постпрандиально снижен, чем у больных ЯБ Ж с ХДН, но также характеризуется гиперкинетическим типом кривой. Зависимость между СТ, ЛТ и КСМ Ж/ДПК была прямая слабая ( $r = 0,2$  и  $r = 0,1$  соответственно).

**Заключение.** У больных ЯБ развитие ХДН находится в зависимости от состояния вегетативного тонуса и психо-эмоционального статуса.

**Тихомирова Г.И., Паньков В.П., Черенков А.А.**

**ГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия**

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Значение нервно-психических факторов в развитии язвенной болезни (ЯБ) подтверждается многочисленными экспериментальными и клиническими наблюдениями. Отрицательные эмоции, длительное психическое перенапряжение, патологические импульсы из пораженных внутренних органов нередко являются причиной развития болезни.

**Целью** исследования явилось выявление особенностей характеристики психоэмоционального состояния пациентов с язвенной болезнью.

У многих гастроэнтерологических больных принято выделять психосоматическую готовность, конституциональные особенности, обуславливающие «иррадиацию» психического напряжения в

соматическую сферу: исчезновение при возбуждении и нагрузке аппетита, поноса, сильных позывов на мочеотделение. В последующем, в случае продолжения психического травмирования, у этих лиц возникают психосоматические заболевания – язва желудка, двенадцатиперстной кишки, язвенный колит и др. [Гиндикин В.Я., 1997]. Изучение психологического статуса пациентов включало диагностику психофизиологического состояния с помощью методик Спилбергера-Ханина по шкалам ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ), стрессоустойчивости (СУ) личности.

**Материалы и методы.** С целью оценки критериев самочувствия, активности и настроения применялся опросник САН. Он состоял из 30 пар противоположных характеристик, по которым обследуемый отмечал степень актуализации той или иной характеристики своего состояния в настоящий момент. При подсчёте крайнюю степень выраженности негативного полюса пары оценивали в один балл, а крайнюю степень выраженности позитивного полюса пары – в семь баллов. Полученные баллы группировали в соответствии с ключом в 3 категории и подсчитывали количество баллов по каждому из них: самочувствие, активность, настроение. Полученные результаты по каждой категории делили на 10. Средний балл шкалы был равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствовали о благоприятном состоянии, а оценки ниже – о негативном.

**Результаты.** При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки чаще, чем у здоровых лиц, выявлялись высокий уровень тревожности (личностной и реактивной), психологических отклонений невротического и смешанного характера. Полученные нами результаты не расходятся с данными исследователей [Белобородова Э.И. с соавт., 2002]. В первые 2 недели рецидива заболевания (острая

фаза) у 16,0% больных имелись признаки нарушения центральной нервной регуляции (невротический синдром), у 42,0% – проявления вегетоневроза по типу ваготонии, у 21,0% – клиника соллярита, а у 7,0% – различные их сочетания. Выявленные сдвиги в нейроэндокринной регуляции уменьшались на 3-4 неделе рецидива (подострая фаза) и, особенно, в фазу рубцевания и эпителизации (5-6 недель). В период рецидивирования ЯБ уровень реактивной тревожности в группе наблюдаемых нами больных, не зависел от длительности анамнеза и не отличался от показателей здоровых лиц. По сравнению со здоровыми уровень личностной тревожности у больных достоверно увеличивался (здоровые –  $33,3 \pm 1,1$ ; с длительностью анамнеза менее 10 лет –  $39,4 \pm 1,2$ ; более 10 лет –  $42,2 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ). Обследованные нами больные в 51,1% случаях в качестве причин возникновения заболевания и его обострений или осложнений отметили нервно-психические перегрузки и стрессы. В возрастных группах 36-45 лет и 46-60 лет чаще указывали на связь своего заболевания с психо-эмоциональным перенапряжением (27,4 и 76,3 из 100 обследованных), в группе 18-35 лет и старше 60 лет – несколько реже (20,4 и 19,8) соответственно.

Анализ психо-эмоциональных нарушений показал, что уровни реактивной и личностной тревожности у больных с заболеваниями органов пищеварения всех возрастных групп были выше соответствующих контрольных показателей. С возрастом реактивная тревожность нарастала. Показатель личностной тревожности в группах больных 18-35 лет, 36-45 лет, 46-60 лет был одинаково высоким (41,5; 43,7; 42,6 балла соответственно), старше 60 лет отмечался его рост (44,3).

Одним из проявлений психо-эмоциональной дезадаптации является депрессия. Уровень депрессии у наблюдаемых нами больных ЯБ в группе наблюдения был выше контрольного показателя ( $36,0 \pm 0,9$  баллов) на 10,1% ( $p < 0,01$ ) и составил  $40,1 \pm 0,02$  балла, в группе сравнения – ( $39,1 \pm 1,1$  балла) на 10,6%, что составило  $43,1 \pm 0,07$  балла. В группах больных в возрасте 18-35 и 36-45 лет уровень депрессии не отличался от контрольного показателя. У больных в возрасте 46-60 лет и старше 60 лет наблюдалось углубление депрессии. Признаки психо-эмоциональной нестабильности углублялись у пациентов с более продолжительным течением заболевания, психо-эмоциональная дисфункция, часто являясь пусковым механизмом возникновения язвенной болезни, сопутствуя ей в дальнейшем, нарастала с увеличением продолжительности заболевания, усугубляя её течение. В этой связи был вызван интерес к наличию связи между функциональным состоянием гастродуоденальной зоны и уровнем личностной тревожности, характеризующим достаточно устойчивую черту личности.

Методом корреляционного анализа выявлена обратная слабая связь между показателем личностной тревожности и значением базального интрагастрального рН ( $r = -0,3$ ;  $p < 0,05$ ). Вместе с тем, между уровнем личностной тревожности и размером язв ( $r = -0,02$ ;  $p > 0,05$ ) корреляция отсутствовала. Не было также линейной корреляционной связи между личностной тревожностью и общим конъюнктивным индексом ( $r = -0,02$ ;  $p > 0,05$ ), но была выявлена прямая средней силы корреляция между показателем личностной тревожностью и индексом, характеризующим сосудистые изменения ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,05$ ), выявленные эндоскопическим методом. Методом корреляции Спирмана установлена прямая связь между наличием в анамнезе

различных осложнений язвенной болезни и личностной тревожностью ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,05$ ). А признаки психо-эмоциональной дезадаптации у больных с желудочной и дуоденальной язвой проявлялись по-разному. Уровень реактивной и личностной тревожности не отличался у больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (28,5 и 41,7; 28,9 и 41,0 баллов соответственно), а депрессия была наиболее выражена у больных с локализацией язвы в желудке (43,4 и 36,0 баллов).. Следовательно, у больных были выявлены признаки психо-эмоциональной дезадаптации в виде высокого уровня реактивной и личностной тревожности и депрессии.

В период рецидивирования язвенной болезни по редакции теста А. Бека была выявлена мягкая депрессия. Низкие оценки по шкале САН отмечались в период рецидивирования заболевания независимо от течения болезни. После заживления околоязвенного дефекта психические нарушения сохранялись у 25-54% больных. С медленным заживлением язвы ассоциировалась тревога ( $p < 0,05$ ), в частности высокий уровень тревоги приводил к 4-х кратному увеличению риска (формула Байеса) персистенции язвы, что также не расходится с данными, полученными другими авторами [S. Levenstein et al., 1996].

**Заключение.** На основании вышесказанного можно отметить, что изучение особенностей психоэмоциональной характеристики больных, а именно, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, помогает лечащему врачу в подборе методов лечения и профилактики заболевания, используя методы психокоррекции.

**Младшева М.В., Сбродова Е.А., Пантюхина Я.С.,**

**Шуматова О.Э., Тихомирова Г.И.**

**ГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия**

## **ПСИХОСОМАТИКА И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Цель исследования:** изучить результаты влияния психосоматики на заболевание и течение желчнокаменной болезни у пациентов хирургического профиля.

**Материалы и методы:** исследования проводились среди 134 больных, страдающих желчнокаменной болезнью и прошедших лечение и обучение в «Школе оперированных» больных в хирургическом отделении стационара г. Ижевска. В группе наблюдения 68,3% составили женщины, 31,7% - мужчины. Среди оперированных было 74,2% пациентов, в 25,8% случаев использовались консервативные методы лечения. Группу сравнения составили 42 здоровых лиц. С целью изучения причин возникновения желчнокаменной болезни и их влияния на общесоматическое и психическое состояния нами использовались социологический опрос, анкетирование, психодиагностическое тестирование. Средний возраст больных среди женщин составил  $52,3 \pm 1,2$  лет, среди мужчин –  $48,8 \pm 0,9$ .

**Результаты:** в ходе исследования установлено, что желчнокаменная болезнь является наиболее распространенным заболеванием среди лиц, страдающих хронической патологией органов пищеварения. Развитию заболевания статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) способствуют нарушение образа жизни и, в первую очередь, низкая физическая активность (в 44,6% случаев), предпочтение пациентами

бесполезных и, даже, вредных для личностного развития и состояния здоровья форм проведения свободного времени (в 52,3%), широкая распространенность вредных привычек (у 23,7% женщин и у 68,6% мужчин), у мужчин – выраженная склонность к алкоголизации (в 35,2%), плохое материальное благосостояние семьи (в 40,0%), комплекс разноплановых негативных аспектов микросоциального функционирования (в 59,9% клинических наблюдений). В результате негативных влияний в 75,5 % случаев отмечались психоэмоциональные нарушения и депрессия. В 24,5% наблюдений причинами возникновения болезни стали наследственность (в 17,3%), неправильное питание (в 39,5%) случаев. По данным некоторых авторов, в частности швейцарского специалиста по психосоматике Дитера Бека, который пытался установить психические особенности людей, страдающих от желчнокаменной болезни установлено, что все они в разной степени подвержены неврозу навязчивых состояний. Таким образом, он разделил их на три группы. К первой группе относятся те, кому не дает покоя стремление во всем навести порядок, восстановить справедливость и оказать социальную помощь нуждающимся в ней. У них часто бывают гипертония, сердечные заболевания, импотенция, нервное и физическое истощение организма. Ко второй группе принадлежат в основном женщины, у которых невроз навязчивых состояний сочетается с депрессиями. Такие женщины скромны и склонны к самопожертвованию, но при этом частично сознательно и бессознательно находятся в ожидании того, что их самоотдача будет оценена. Признание станет компенсацией за все, что они сделали для других. Чаще всего они обращают свою агрессивность на себя. Болезнь возникает тогда, когда их готовность к жертвам оказывается



не нужной и они отвергаются. К третьей группе так же относятся женщины, у которых невроз навязчивых состояний сочетается с истерическими признаками. У больных особенно проявляется потребность быть любимыми. Страх потери и боязнь оказаться в одиночестве - вот главное, что ведет их к болезни. Полученные нами данные не расходятся с данными этого автора.

**Выводы:** 1. Анализ проведенных исследований позволил доказать, что процессы формирования здоровья, социальной адаптированности подвержены влиянию как медико-социальных, так и психологических факторов.

2. Исследование показало, что стрессы и негативные эмоции, отсутствие информации о своем заболевании, наследственность, неправильный образ жизни, нарушение питания, ведут к тому, что сам больной может стать причинным фактором в возникновении желчнокаменной болезни и ее осложнений.

3. Обучение в «Школе оперированных» позволило пациентам получить знания о том, что стрессы любой этиологии являются основной причиной нарушения обмена веществ, а именно, переедание, голодание, употребление пищи низкого качества привели к развитию желчнокаменной болезни.

4. Участие психосоматики в заболевании и течении желчнокаменной болезни играет немалую роль, которую необходимо учитывать при лечении заболевания.

## **ГИНЕКОЛОГИЯ**

**Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А.,  
Досова С.Ю.**

**ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинский  
университет» Минздрава РФ, Тверь, Россия**

### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Murashova L.A., Dosova S.Y.  
FGBOU VO «Tver state medical university» of Ministry of  
healthcare of the Russian Federation, Tver, Russia**

### **PSYCHOSOMATIC PREDICTORS OF PRIVYCHNGO OF NOT INCUBATION OF PREGNANCY**

**Актуальность.** Одной из самых важных проблем акушерства сегодня является невынашивание беременности. «Согласно статистическим данным, количество учтенных случаев невынашивания беременности составляет 10 – 25%, причем 20% из них относятся к привычному выкидышу, а 4 – 10% является преждевременными родами (относительно общего числа родов)».

**Цель.** Исследование уровня рефлексивности и личностных факторов принятия решений беременных и небеременных с привычным невынашиванием.

**Материалы и методы.** Обследованы 109 женщин в возрасте от 20 до 42 лет, которых разделили на три группы. В первую группу были включены 32 беременных с привычным невынашиванием (БПН), во вторую – 30 небеременных с привычным невынашиванием (НБПН),

в третью – 37 обычных беременных женщин (ОБ). Психодиагностическое исследование было проведено с помощью методики диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова и опросника Т.В. Корниловой «Личностные факторы принятия решений» (ДФР-25).

Результаты. Высокий уровень рефлексивности был выявлен у 17% НБПН и 14% ОБ. В группе БПН женщины с высоким уровнем рефлексивности отсутствуют. Низкий уровень - у 17% НБПН, у 34% ОБ и у 33% БПН. Заниженные показатели рациональности продемонстрировали 33% БПН, 29% НБПН и 3% ОБ. Завышенные – 50% БПН, 28% НБПН и 56% ОБ. Заниженные показатели готовности к риску были выявлены у 33% БПН, 29% НБПН и 49% ОБ. Завышенные показатели готовности к риску – у 34% БПН, 28% НБПН и 10% ОБ.

**Выводы:** В группах ОБ и БПН был выявлен большой процент женщин с низким уровнем рефлексивности, завышены показатели рациональности и занижены – готовности к риску, что может быть обусловлено их физиологическим состоянием. В группе НБПН был выявлен наибольший процент женщин с высоким уровнем рефлексивности, что характеризует их как людей склонных к анализу выполненной в прошлом деятельности и свершившихся событий. Показатели рациональности и склонности к риску сбалансированы и имеют равную степень выраженности.

**Десятниченко И.В., Вишняков Ю.В.**

**ГУ «Луганская республиканская клиническая  
психоневрологическая больница»**

## **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Desjatnichenko I., Vishnjakov U.**

**SI «Lugansk Republican Clinical Mental Hospital»**

## **AFFECTIVE DISORDERS IN HORMONE THERAPY IN GYNECOLOGICAL PRACTICE**

**Вступление.** При лечении депрессий у женщин приходится сталкиваться с сочетанной психиатрической и гинекологической патологией у пациенток, длительно получающих гормонотерапию (ГТ) стероидами. Следует относиться к подобным случаям с настороженностью в связи с возникновением депрессивной симптоматики как частого побочного эффекта или усилением уже имеющихся аффективных нарушений у пациенток на фоне ГТ.

**Материалы и методы.** Наблюдалась 21 пациентка в возрасте 26-52 лет. Из них 4 пациентки с тяжелыми рекуррентными аффективными эпизодами психотического уровня, 9 - с инволюционными депрессиями различной степени тяжести, 4 - с предменструальным синдромом - цефалгической и нейропсихической формами, 3 - с легкими депрессивными реакциями на фоне ГТ, 1 - с умеренным депрессивным эпизодом на фоне синдрома истощенных яичников. Длительность аффективных нарушений колебалась от нескольких дней до нескольких месяцев. Все пациентки принимали назначенный гинекологами либо прогестиновый, либо комбинированный

гормональный препарат не менее месяца. Всем больным проводилось клинико-психопатологическое и гинекологическое обследование, использовались психометрические шкалы - CGI-S и HDRS.

**Результаты и обсуждение.** В данных клинических случаях, вне зависимости от типа принимаемого прогестагена, у пациенток наблюдались аффективные нарушения, потребовавшие помощи психиатра. В отдельных случаях достаточным оказалось назначение антидепрессантов (СИОЗС и СИОЗСН) или высоких доз пиридоксина, фитотерапии, психотерапии на фоне продолжения ГТ. При утяжелении аффективной патологии или появления резистентной депрессии на фоне монотерапии прогестинами, требовалась отмена ГТ. Предикторами возникновения депрессий на фоне стероидной ГТ могут быть: психические расстройства в анамнезе или текущие; циклоидный, дистимический или тревожно-гипотимный преморбид; частые дистрессы; монотерапия прогестагенами.

Механизм возникновения депрессий на фоне приема ГТ требует детального изучения. Разные типы эстрогеновых, прогестероновых и тестостероновых рецепторов расположены не только в репродуктивных органах-мишенях, но и в ЦНС. Колебания аффекта могут быть связаны с их различным действием в нейротрансмиттерных системах – физиологические эстрогены оказывают стимулирующее влияние, прогестерон - угнетающее. Вероятно, именно с прогестинным компонентом можно соотнести весь спектр аффективных нарушений, связанных с ГТ.

**Выводы.** В психиатрической практике целесообразно уточнять сведения о ГТ, назначаемой для лечения нарушений репродуктивной и менструальной функций или гормональной

контрацепции. Депрессивная симптоматика может нарастать в течение 2-3х недель от начала приема ГТ. Возможно видоизменение уже имеющихся аффективных расстройств с появлением резистентности к антидепрессантам (при приеме прогестинов) или инверсия фазы на маниакальную (при приеме эстрогенов). В легких и умеренных случаях, для купирования депрессивных расстройств достаточно назначения антидепрессантов либо повышенных доз пиридоксина (20-40 мг/сут) на фоне продолжения приема ГТ. В случаях изменения течения или клиники заболевания и появления резистентной депрессивной симптоматики (чаще на фоне монотерапии прогестинами) требуется отмена ГТ в связи с преобладанием психических нарушений.

**Сайдалиходжаева Д.Г.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

## **АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**Saydalihodjaeva D.G.**

**Tashkent Pediatric Medical Institute**

## **ANALYSYS OF EMOTIONAL PHONUM AND PERSONAL CHARACTERISTICS IN PREGNANT WOMEN**

**Актуальность:** в настоящее время большое внимание исследователей уделяется психологическому состоянию женщин в период беременности (Еникопов С.Н., 2000; Хломов К.Д., 2005; Земзюлина И.Н., 2009; Василенко Т.Д., 2011), так как происходят не только физиологические изменения в организме, но и психоэмоциональные изменения состояния женщины.

Эмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности (Филиппова Г.Г.,1999; Василенко Т.Д., 2011), оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины (Horrigan T.J.,2000; Pajulo M.,2001).

**Цель исследования:** изучить эмоциональный фон беременных женщин с учётом личностных особенностей для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и правильного подхода к выбору психокоррекционной тактики.

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

**Результаты:** выявлены четыре группы аффективных нарушений: 1-я группа – тревожно-фобические расстройства - у 20 обследованных женщин (55,5%), 2-я группа – тревожно-депрессивные расстройства у 8 женщин (22,2%), 3-я группа – дисфорические расстройства у 13,8% обследованных женщин, 4-я группа – астено-депрессивные расстройства у 3 женщин (8,5%). При исследовании личностных особенностей с помощью опросника Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 исследуемых (8%), застревающий тип личности у 11 пациенток (30,5%), дистимический тип в 40% случаев (14 обследованных),

тревожно-боязливый тип у 5 исследуемых (13,8%), в 8% случаев был выявлен эмотивный тип личности. У всех обследованных определялись напряжение и беспокойство, отмечался низкий уровень самочувствия и настроения, что говорит о психологическом дискомфорте и сниженном эмоциональном фоне женщин.

**Вывод:** установлена прямая корреляционная взаимосвязь личностных особенностей беременных с уровнем и видом аффективных изменений. Тревожно-депрессивные и фобические расстройства невротического уровня наблюдались у беременных с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным и эмотивным типом личности. Дисфорические нарушения определены у пациенток с застревающим типом личности.

**Нарбаева Н.Х.**

**Ташкентская Медицинская Академия**

## **ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

**Narbaeva N.X.**

**Tashkent Medical Academy**

## **THE EXPERIMENTENCE OF STUDYING POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS**

**Введение:** по данным ВОЗ, большинство случаев послеродовых депрессий не верифицируются и оказывают неблагоприятное влияние на течение послеродового периода у женщин, нарушая



адаптационные возможности матери и психоэмоциональное развитие ребенка.

**Цель исследования:** изучить особенности послеродовых депрессий у женщин с учётом личностных особенностей для оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования:** были обследованы 30 женщин с депрессивными расстройствами послеродового генеза, находившихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической Больницы г. Ташкента. Критерием отбора пациенток для исследования было наличие верифицированного диагноза по МКБ-10 F-53,0. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты:** в ходе исследования с помощью шкалы оценки тревоги и депрессии Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 80% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 5% обследуемых субклинически выраженная тревога и у 40% пациенток – констатировалась выраженная тревога. В формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда были выявлены:

демонстративный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности женщин с депрессивной патологией. В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии и конституционально-типологических особенностей личности первородящих женщин.

Вывод: установлено, что наиболее часто послеродовая депрессия тяжёлой степени встречалась у лиц с дистимическим типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у лиц с застревающими и тревожно-боязливыми типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. В зависимости от полученных результатов появляется возможность проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия при купировании депрессивных расстройств послеродового периода с учётом личностных особенностей женщин.

## ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

**Шарипова Ф.К., Ахмедова Ш.У.**

**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт**

### **СПЕКТР АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

**Sharipova F.K., Ahmedova Sh.U.**

**Tashkent Pediatric Medical Institute**

### **SPECTRUM OF AFFEKTIVE DISORDERS IN ADOLESCENTES WITH DIABETES TYPE I**

**Актуальность:** по данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны сахарным диабетом (Копанская А.Г., Винокур В.А., 2016). Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2015 г. количество больных СД составило 387 миллионов жителей нашей планеты.

**Цель исследования:** изучить спектр аффективных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования:** объектом для исследования явились 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении в НИИ Эндокринологии города Ташкента. Для выявления спектра аффективных нарушений использовались: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии,

восьмицветовой цвет Люшера, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, шкала астении.

**Результаты:** у 24 подростков (80%) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7 – 16 что по Г.П.Пантелеевой (1998) соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (16,6%) – в пределах 17 – 27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у одного (3,3%) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Признаки депрессивного расстройства легкой или умеренной степени выявлены у 96,6% обследованных подростков. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности. С помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Спектр аффективных расстройств менялся в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В

результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость.

**Вывод:** таким образом, изменения аффективной сферы выявляются у 88% подростков с СД I типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания эмоциональные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику.

**Шимкина Н.Ф.**

**ФГБОУ ВО Первый Санкт - Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, кафедра неврологии и мануальной медицины ФПО, Санкт – Петербург**

## **СТРУКТУРА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Shimkina N.F.**

**Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Department of Neurology and Manual Medicine, Saint Petersburg**

## **THE STRUCTURE OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1**

**Актуальность.** Осложнения сахарного диабета (СД) – актуальная проблема современной медицины, обуславливающая снижение качества жизни, высокий уровень инвалидизации и смертности больных. Не вызывает разногласий высокая частота неврологических осложнений СД, одним из которых является энцефалопатия, проявляющаяся нарушением когнитивных функций, эмоционально –

аффективными нарушениями, очаговыми неврологическими симптомами.

**Цель исследования.** Изучить наличие и структуру когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1) по стандартизованным нейропсихологическим тестам.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 34 пациента с СД 1, сопоставимых по возрасту, длительности заболевания и уровню гликированного гемоглобина, при отсутствии в анамнезе заболеваний или состояний, потенциально влияющих на когнитивные функции. Оценивались наличие и характер жалоб пациентов, связанных с когнитивным снижением, неврологический статус, нарушения когнитивных функций с помощью стандартизованных тестов: MMSE, MoCA, тест запоминания десяти слов.

**Результаты.** Общее количество баллов по MMSE и MoCA соответствовали нормальному уровню когнитивных функций. Анализируя результаты выполнения отдельных субтестов вышеупомянутых шкал, выявлены нарушения, типичные для всех обследованных пациентов. По результатам проведения теста запоминания десяти слов нарушения выявлены практически у каждого пациента.

В наибольшей степени изменения затрагивали оперативную память, воспроизведение информации, внимание, последовательность действий и счет. Не измененными у всех испытуемых оставались номинативная речь и ориентация. У части обследуемых выявлялись сочетания снижения оперативной памяти, отсроченного воспроизведения и внимания, в ряде случаев описанным изменениям сопутствовали изменения функций последовательности действия и/или счета.

**Выводы.** У всех обследованных пациентов выявлены когнитивные нарушения. Изменения обнаружены в функциях памяти, воспроизведения информации, внимания, последовательности действий и счета. Структура нарушений представлена в ряде случаев изолированной дисфункцией или, более часто - сочетанием нескольких нарушений.

**Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Холодин С.П.**  
**ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ**

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕРИОЗОМ**

**Evstifeeva E.A., Filipchenkova S.I., Holdin S.P.**  
**Medical University «Tver State Medical Academy» of the Ministry of Health**

## **THE PSYCHOSOMATIC STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GIPERTERIOZ**

**Цель исследования** – изучение психосоматического профиля и качества жизни пациентов с гипертериозом в хирургической практике. Гипотиреоз, является одним из распространенных заболеваний, особенно среди женщин. Несмотря на достижения и развитие науки, можно сказать, что это заболевание является неизученным. Эта болезнь имеет большие финансовые затраты на диагностику и лечение. Помимо этого также он несет в себе важное социальное значение в проекции исследований качества жизни. Качество жизни - междисциплинарное понятие, интегральное объективное и субъективное выражение состояния здоровья. Мы

полагаем, что качество жизни – проецируемая переменная, инициируемая социальными настроениями, ожиданиями населения, личностными предпочтениями, представлениями. С помощью оценки качества жизни можно получить многомерное представление, распознавать медицинские, психологические, социально-экономические параметры и риски здоровья, учитывать соразмерность объективной и субъективной оценки жизни и здоровья, их темпоральную изменчивость.

**Материал и методы исследования.** Обследован 31 пациент (2 мужчин и 29 женщин) хирургического профиля (эндокринное заболевание: гипертиреоз) в возрасте 25-71 лет на базе хирургического отделения Областной клинической больницы г. Твери и психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала Тверского государственного медицинского университета.

Психодиагностический инструментарий исследования составили: методика оценки качества жизни SF-36; методика диагностики уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.А. Ханина.

**Результаты исследования.** Больные с гипотериозом оценивают свое ксечтво жизни как в целом благополучное. Среди показателей шкалы PF(физическое функционирование) опросника SF-36 (Качество жизни) преобладают высокие. Это говорит о том, что даже после операции респонденты чувствуют себя так же, болезнь негативно не повлияла на эту сторон их жизни, они могут себя обслуживать, переносят тяжести, ходят на разные расстояния, могут выполнить какие-либо физические нагрузки. Показатели шкалы RP (ролевое функционирование) также находятся в диапазоне высоких значений, что говорит о том, что жизнь после операции у пациентов никак не изменилась, и проблемы со здоровьем не ограничивают их



повседневную жизнедеятельность. Пациенты отмечают, что уровень их жизненной активности снижен, сократилось желание что-либо делать, появилась сонливость, усталость. Больные с гипертериозом отмечают у себя ухудшение настроения, апатию, нежелание общаться, унылое состояние, также наблюдалось наличие депрессивных и тревожных состояний. Качество жизни больных зависит от уровня тревожности и постепенно улучшается с увеличением сроков после перенесенной операции. Пациенты характеризуются высокой личностной и реактивной тревожностью до операции, однако через 4 месяца после операции показатели тревожности имеют тенденцию к снижению, хотя остаются на высоком уровне, спустя же 1 год после операции показатели снизились и находятся на уровне низкой и умеренной тревожности.

**Заключение.** В рамках исследования устанавливается, что психосоматический профиль включает параметры качества жизни и зависит от уровня личностной и реактивной тревожности. Психоэмоциональный статус влияет на оценку качества жизни больных хирургического профиля с эндокринными заболеваниями (гипертериоз).

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

**Стригина Т.Ф.<sup>1</sup>, Стригина М.И.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> – Кабинет инфекционных заболеваний МБУЗ ЦРБ  
Выселковского района**

**<sup>2</sup> – АРНЦ «Русское поле» ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия  
Рогачева» Минздрава России**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ДЕМЕНЦИЕЙ**

**Strigina T.F.<sup>1</sup>, Strigina M.I.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> – Cabinet of infectious diseases. Central hospital of Vyselkovsky  
district, Krasnodar region, Russia**

**<sup>2</sup> - Clinical Rehabilitation Research Center «Russkoye pole». Dmitry  
Rogachev National Research Center of pediatric  
hematology/oncology and immunology**

### **CLINICAL CASE OF HIV INFECTION IN COMBINATION WITH DEMENTIA**

**Актуальность.** Описание использования клинической рейтинговой шкалы деменции для оценки симптомов деменции у пожилой пациентки с ВИЧ-инфекцией. Клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating scale – CDR) является одной из хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике, и предназначена для оценки выраженности когнитивных нарушений (память, ориентировка, мышление, взаимодействие в обществе, поведение дома и увлечения, самообслуживание), которые, как известно, значительно влияют на повседневную деятельность и осложняют жизнь пациента и его родственников.

**Цель.** Представить описание использования клинической шкалы для оценки выраженности симптомов деменции.

**Материалы.** Анамнез жизни: родилась недоношенной, 1945 г.р., 1 ребенок в семье. Вскармливание искусственное. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, вирусный гепатит «А» в легкой форме. 2 родов, 3 медаборта. Климакс с 2002 года. Аллергоанамнез спокоен. Страдает ИБС, гипертонической болезнью с 50 лет. Гипертония носит злокачественный характер. Взята на учет инфекционистом в связи с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией в июне 2013. В октябре, апреле 2012 результат отрицательный.

**Диагноз:** ВИЧ-инфекция, стадия вторичных проявлений IV А-Б, фаза прогрессии без ВААРТ.( снижение веса 10%, орофарингеальный кандидоз, CD4 -206 кл.) Сопутствующий диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения 1 ф.кл. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий Гипертоническая болезнь III ст. риск 4 ХСН II А, 2 ф.кл по NYHA. Умеренная легочная гипертензия. Хронический гастрит. Рефлюкс-эзофагит. Остеохондроз. Мочекаменная болезнь. На данном этапе выявлена легкая деменция с частичными признаками умеренной деменции (в сфере мнестической деятельности).

**Результаты.** Было назначено лечение: ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) в режиме комбивир+калетра, флюконазол, антигипертензивные препараты, мочегонные препараты, ноотропы, гастропротекторы.. На фоне постоянного приема ВААРТ (в течение нескольких месяцев в 2014 году выраженность деменции по выбранной оценочной шкале соответствовала первичному результату – легкая с частичными признаками умеренной).

При осмотрах во второй половине 2014 г. на фоне низкой приверженности терапии выраженность деменции нарастала до умеренного уровня с частичными признаками тяжелого. В сентябре-октябре 2014 года (за 2-3 месяца до смерти) отмечен тяжелый уровень выраженности деменции.

Патолого-анатомический диагноз: ишемический инфаркт головного мозга в затылочной доле и подкорковых ядрах правого полушария. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз до 50%) I63.3. Осложнение: отек-набухание головного мозга со стволовым дислокационным синдромом. Сопутствующее заболевание болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями кандидоза. B20.4.

**Заключение.** Представлен клинический случай пациентки с ВИЧ – инфекцией и деменцией смешанного генеза. Для определения выраженности деменции использовалась клиническая рейтинговая шкала деменции, позволяющая оценить степень выраженности симптомов по основным когнитивным функциям. Выраженность симптомов: от легкой деменции с частичными признаками умеренной (стадия вторичных проявлений ВИЧ-инфекции при постановке диагноза в июне 2013 г. а также на фоне постоянного приема ВААРТ) до тяжелой деменции осенью 2014 года (за 2-3 месяца до смерти). Стоит отметить, что период низкой приверженности терапии у данной пациентки соответствует усугублению симптомов деменции.

## ХИРУРГИЯ

**Чкадуа Т.З., Качмазова М.В., Лашинина Ю.А.**  
**ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ России**

### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НОСА**

**Chkadua T.Z., Kachmazova M.V., Lashhinina Ju.A.**  
**Central Research Institute of Dental and Maxillofacial Surgery**

### **CLINICAL AND DIAGNOSTIC VALUE OF INDICATORS OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN PATIENTS WITH NOSE DEFORMATION**

**Актуальность:** Ринопластика является одной из самых распространенных операций в пластической и реконструктивной хирургии лица. Во многих случаях стресс, связанный с перенесенной травмой и стойкими переменами внешности, приводит к социальной дезадаптации пациента. Разработка объективных критериев оценки удовлетворенности пациента результатом оказанной медицинской помощи и изменением качества его жизни позволит оценить субъективное восприятие пациентом ситуации, оценить ожидаемые им результаты и его дальнейшую социальную адаптацию в обществе, а также может быть использована для отбора оптимальных методов хирургического лечения.

**Цель:** Повысить эффективность диагностики и лечения пациентов с деформациями носа различной этиологии.

**Материалы и методы:** В период с сентября 2015 г. по январь 2017 г. в отделении реконструктивной челюстно-лицевой хирургии,

микрохирургии и эктопротезирования ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ прошли комплексное обследование и лечение 65 пациентов в возрасте от 18 лет до 50 лет с деформациями носа различной этиологии. Предоперационные методы определения функциональной и эстетической составляющих деформации носа: фотометрия лица (выявление степени асимметрии отдельных субъединиц носа), МСКТ (в том числе построение 3D-изображения), передняя активная и акустическая ринометрии, трехуровневая система диагностики самооценки и психоэмоциональных расстройств.

**Результаты:** В результате комплексного хирургического лечения у всех пациентов был получен хороший эстетический результат. Подтвержден и функциональный результат данными ринометрии через 6 месяцев.

С целью коррекции психоэмоционального состояния пациента была применена Трехуровневая система диагностики самооценки и психоэмоциональных расстройств, показала, что у 58,5% пациентов находились в более адаптированном состоянии на момент обследования. Текущее снижение психоэмоционального состояния, при наибольшей степени выраженности невротизации отмечали у 41,6% пациентов. Через 6 месяцев после проведенного нами комплексного лечения, пациенты вновь проходили диагностику самооценки и психоэмоциональных расстройств, в результате которых мы выявили, что уровень невротизации снизился на 78%, что составило 90,9% пациентов с более адаптированным состоянием. Данная система диагностики и реабилитации позволяет своевременно выявлять имеющиеся у пациента расстройства, привлекать к вопросам лечения необходимых специалистов и составлять рекомендации при выписке, направленные не только на

улучшение функционального и эстетического, но и психологического состояния пациента

**Выводы:** Разработанная схема предоперационной подготовки позволяет определить оптимальную тактику и объем оперативного вмешательства, а также улучшить и оценить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с учетом диагностики психоэмоциональных расстройств и применяемой оперативной методики.

**Судейманова О.О., Телицын В.С., Морозов А.М.**  
**ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь**

### **УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**Актуальность:** Исследование качества жизни пациентов, особенно психоэмоционального статуса актуально в хирургии. Волнение и тревога у больного в предоперационном периоде может неблагоприятно сказаться на течении и исходе заболевания, спровоцировать невротические расстройства, модулировать ноцицептивную систему. Лечащему врачу необходимо проводить работу по коррекции эмоционального состояния пациента, особенно в предоперационном периоде.

**Цель исследования:** Оценка уровня тревожности и депрессии хирургических больных в предоперационном периоде.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на базе хирургических отделений ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери, ГБУЗ «ГКБ №3 ДЗМ» г. Зеленограда и в ГБУЗ МО «Солнечногорская ЦРБ». В настоящем исследовании приняли участие 100 респондентов, 72 женского и 28 мужского пола. Оперативное лечение под общей

анестезией проводилось 44,5% женщин и 71,4%, под местной анестезией 55,5% женщин и 28,6% мужчин. Респондентам были предложены следующие тесты: Тест-опросник на тревожность Спилбергера-Ханина (1976), методика диагностики депрессивных состояний В. Зунга (в адапт. Т.Н. Балашовой, 1985).

**Результаты:** В результате проведенного исследования было выявлено изменение в психологическом состоянии больных в предоперационном периоде.

В ходе опроса пациенток перед операцией под общей анестезией по тесту Спилберга-Ханина был выявлен высокий уровень тревожности у 26% женщин. У 32% и 42% женщин были выявлены низкий и умеренный уровень тревожности соответственно. У 37% женщин перед операцией под местной анестезией был выявлен низкий уровень тревожности, у 51%- умеренный уровень. В 12% был выявлен высокий уровень тревожности. У мужчин перед операцией под общей анестезией в 55%- умеренный уровень тревожности, низкий и высокий уровни тревожности были выявлены у 22% и 23% соответственно. Так у практически равного количества респондентов женского и мужского пола отмечался высокий уровень тревожности по данным анкетирования перед проведением оперативного лечения под общей анестезией 26% и 23% соответственно.

При использовании шкалы Зунга легкая степень депрессии была выявлена у 41% женщин перед операцией под общей анестезией. У 31% была выявлена средняя степень депрессии, у 28% депрессивное состояние отсутствовало. У 40% пациенток депрессия отсутствовала перед операцией под местной анестезией. В 53% и 7% случаев были выявлены легкая и средняя степень депрессии соответственно. У 55% мужчин перед операцией под общей анестезией была выявлена легкая степень депрессии, в 10%- средняя степень. У 35% пациентов



депрессия отсутствовала. Перед операцией под местной анестезией у 25% опрошенных мужчин депрессия не была выявлена. В 63% и 12% случаев были выявлены легкая и средняя степень депрессии соответственно.

**Выводы:** Исходя из данных проведенного исследования, женщины, которым предстоит оперативное вмешательство, наиболее уязвимы и лабильны в психоэмоциональной сфере вследствие чего данной категории лиц надо уделять особое внимание при работе в предоперационном периоде. Среди мужчин уровни тревожности при обоих видах анестезии находятся на одном уровне, что свидетельствует о необходимости проведения равной психологической подготовки как при местной, так и при общей анестезии. Степень депрессии у мужчин имеет равные значения при обоих видах анестезии, у женщин при проведении оперативного лечения под общей анестезией уровень депрессии превосходит значения для местной анестезии в 4 раза.

## **ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**

**Карпачевская Г.Ф., Шарипов А.Р., Михайлова Г.М.**  
**ФГБУ ВЦГПХ Минздрава России**

### **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БОС-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ**

**Karpachevskaya G.F., Sharipov A.R., Mikhaylova G.M.**  
**Federal State Institution Russian Eye and Plastic Surgery Center**

### **PROSPECTS FOR THE USE OF BIOFEEDBACK THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF GLAUCOMA**

**Актуальность.** Общеизвестно, что глаукома – офтальмологическая патология, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (ВГД), которое вызывается нарушением притока и оттока внутриглазной жидкости, с последующим развитием специфических дефектов поля зрения и атрофии зрительного нерва. Однако в последние годы возникло понимание того, что патогенез глаукомы не ограничивается глазом, а затрагивает системные механизмы гемо- и ликвородинамики в центральной нервной системе.

С другой стороны – многие исследователи отмечают особый психологический статус больных глаукомой приводящий к низкой комплаентности. Относительно высокая стоимость консервативного лечения и его побочные эффекты существенно усугубляют проблему контролируемого течения заболевания.

В силу этого поиск доступных и эффективных способов самостоятельного контроля ВГД пациентами с ПОУГ остается весьма актуальным

На сегодняшний день перспективным является развитие одного из современных направлений психофизиологии, каким является функциональное биоуправление с биологической обратной связью (БОС-терапия). В настоящее время это успешно развивающееся направление науки и практики, которое получило международное признание.

**Цель.** Повышение эффективности терапии пациентов с глаукомой, путем разработки комплексного метода лечения с применением БОС.

**Материалы и методы.** В нашем исследовании приняло участие 40 пациентов с глаукомой, находящихся на стационарном лечении в ФГБУ ВЦГПХ Минздрава РФ. Возраст пациентов варьировал с 7 до 84 лет, лиц мужского пола - 70%, женского - 30%. Перед началом лечения пациентам были проведены диагностические офтальмологические обследования: визометрия, тонометрия, компьютерная периметрия и реоэнцефалография. Комплексная диагностика проводилась до лечения и по его окончании.

БОС-лечение проводилось с помощью оборудования для тренинга с биологической обратной связью (БОС) и нейробиоуправления на психофизиологическом комплексе «Реакор» (производитель научно-производственная-конструкторская фирма «Медиком МГД», г. Таганрог).

**Результаты.** В ходе лечения у 98% всех исследованных нами глаукомных больных имели выраженные изменения мозгового кровотока фиксируемые на РЭГ. В целом по всей группе зафиксировано значимое снижение ВГД на  $2,34 \pm 3,98$  мм.рт.ст. ( $p < 0,001$ ) сопровождавшееся достоверным приростом остроты зрения на  $0,007 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ) для изначально лучше видящего глаза и  $0,006 \pm 0,03$  ( $p < 0,001$ ) - для хуже видящего.

При этом, исходный тип РЭГ существенно влиял как на исходный уровень ВГД, так и на изменение этого уровня в ходе БОС-процедур. Достоверно более высокий уровень ВГД до лечения отмечается в группах с ангиодистоническим и гипертоническим типом РЭГ, т.е. в группах с признаками исходно затрудненного венозного оттока. Следует отметить, что максимальное снижение ВГД в результате БОС-процедур, достоверно отличающееся от остальных групп достигнуто у пациентов с гипертоническим типом РЭГ.

**Заключение.** Комплексное лечение глаукомы с использованием БОС-терапии обеспечивает более высокую эффективность. Полученные результаты указывают на то, что даже небольшие улучшения мозговой гемо-гидродинамики могут приводить к выраженным изменениям ВГД и, как следствие - к улучшению зрительных функций. Клинически подтвержденная эффективность БОС-терапии в комплексном лечении глаукомы позволяет предложить метод как дополнение к стандартному лечению.

## НЕВРОЛОГИЯ

**Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А.,  
Досуужева Е.А.**

**ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава РФ, Тверь, Россия**

### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ НЕ ТРЕБУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Murashova L.A.,  
Dosuzheva E.A.**

**FGBOU VO «Tver state medical university» of Ministry of  
healthcare of the Russian Federation, Tver, Russia**

### **PSYCHOSOMATIC STATUS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BELT-BORDER LUMBOSACRAL RADICULOPATHY IS NOT REQUIRED HIRURGICH XYZ COMPENSATION**

**Цель.** Исследование локус контроля, уровня ситуативной и личностной тревожности и качества жизни пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией (ПКР).

**Материалы и методы.** Были обследованы 62 пациента в возрасте от 28 до 72 лет: с хронической формой ПКР 42 человека и 30 – с острой формой ПКР. Психодиагностическое исследование выполнено с помощью методики оценки ситуативной (СТ) и личностной тревоги (ЛТ) Ч.Д. Спилберга, шкалы оценки

удовлетворенности жизнью Э. Динер, методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера.

**Результаты.** У пациентов с острой формой ПКР был выявлен высокий (40%) и средний (60%) уровень ЛТ, высокий (60%) и средний (40%) уровень СТ, низкий (27%), средний (50%) и высокий (13%) уровень качества жизни, низкий (20%), средний (47%) и высокий (23%) уровень общей интернальности. У пациентов с хронической формой ПКР был выявлен высокий (56%) и средний (44%) уровень ЛТ, высокий (89%) и средний (11%) уровень СТ, низкий (28%), средний (56%) и высокий (16%) уровень качества жизни, низкий (22%), средний (56%) и высокий (22%) уровень общей интернальности.

**Выводы.** Значимых различий в группах с острой и хронической формой ПКР выявлено не было кроме показателей СТ, которая значимо выше пациентов с хронической формой ПКР.

Практически две трети респондентов имеют высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, вместе с тем уровень качества жизни оценивается ими преимущественно как средний. В них есть потенциал и желание повлиять на свою жизнь, в том числе и в отношении здоровья, но проблемные психосоматические зоны, осложняют формирование объективной оценки ситуации и формирования адекватного поведения. Вследствие чего часть ответственность за своё здоровье и благополучие перекладывается на врачей и родственников.

**Вильховая Э.П., Туманова Е.В., Валуйская Л.С., Зайцева О.И.**  
**Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва**

**КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И  
КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ  
ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ  
ТРАВМОЙ**

**Vilkhovaya E.P., Tumanova E.V., Valuyskaya L.S., Zaitseva O.I.**  
**City Clinical Hospital of a name of Botkin, Moscow**

**CORRECTION OF COGNITIVE FUNCTION AND  
EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH CLOSED  
CRANIOCEREBRAL TRAUMA**

**Актуальность:** Черепно-мозговая травма, удельный вес которой в общей структуре травматизма составляет от 39 до 50%, занимает одно из ведущих мест среди приоритетных и социально значимых проблем современной медицины. Примерно у 30% пострадавших отмечаются последствия перенесенной ЧМТ: снижение трудоспособности в связи с эмоционально-поведенческими и когнитивно-мнестическими нарушениями. Эффективность реабилитационного процесса повышается за счет внедрения методов нейропсихологической и когнитивно-поведенческой коррекции.

**Цель:** выявить эффективность методов, направленных на коррекцию нарушений высших психических функций и стабилизацию эмоционального состояния у пациентов с ЗЧМТ.

**Материал и методы исследования:** Исследование проводилось на базе ГКБ им. С.П. Боткина сотрудниками отделения медицинской психологии в нейрохирургических отделениях, с 2015 по 2016гг.. В исследовании приняли участие 153 пациента с закрытой черепно-

мозговой травмой в возрасте от 22 до 45 лет, из которых 84 (55%) мужчин 69 женщин (45%). В экспериментальной группе (74 пациента) проводились методы нейропсихологической и когнитивно-поведенческой коррекции, в контрольной группе (79 пациентов) проводились только психодиагностические мероприятия. В комплексной экспериментально-психологической работе применялись следующие методы: диагностические методы (наблюдение, клиническая беседа, комплекс нейропсихологических проб, опросник выраженности психопатологической симптоматики, опросник тревожности Спилбергера-Ханина); коррекционные методы (когнитивно-поведенческие методы психокоррекции эмоционального состояния, комплекс упражнений для восстановления когнитивно-мнестических функций на основе нейропсихологических методик А.Р. Лурия); методы оценки эффективности (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Манна-Уитни).

**Результаты исследования.** У пациентов экспериментальной группы после прохождения комплексных коррекционных мероприятий наблюдалась выраженная положительная динамика: стабилизация эмоционального состояния, а именно снижение уровня ситуационной тревожности ( $p=0,008$ ), уменьшение степени выраженности депрессивных ( $p=0,022$ ), фобических ( $p=0,027$ ), паранойяльных ( $p=0,018$ ) тенденций. Улучшились показатели когнитивных функций, кратковременное запоминание ( $p=0,034$ ), динамические показатели высших психических функций ( $p=0,048$ ). Наряду с этим отмечается статистически значимая корреляция между показателями уровня тревожности и фобических тенденций с динамическими показателями ( $p=0,032$ ). В контрольной группе сохранились высокие показатели тревожности, депрессивных,



фобических и паранойяльных тенденций, что в свою очередь отрицательно повлияло на скорость восстановления динамической стороны когнитивно-мнестических функций.

**Выводы:** Эффективность применяемых методов когнитивно-поведенческой и нейропсихологической коррекции статистически подтверждена. Были достигнуты следующие результаты: стабилизация эмоционального состояния, уменьшение степени выраженности тревожно-фобических, паранойяльных и депрессивных тенденций, а также улучшение динамических показателей когнитивных функций, пациенты отмечают улучшение качества сна.

**Ромашкина А.В., Бурдаков В.В., Сафронова А.И.  
ГБУЗ «ООКПГВВ», ОрГМУ ИПО**

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОДЕ ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

**Romashkina A.V., Burdakov V.V., A.I.Safronova**

### **COMPARATIVE ASSESSMENT OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF COMBAT TRAUMATIC BRAIN INJURY**

**Актуальность.** Среди неврологических проявлений отдаленного периода боевой черепно-мозговой травмы (БЧМТ) наряду с пирамидным, эпилептическим, вегетативно-дистоническим синдромами можно выделить синдром когнитивных нарушений, который может трансформироваться в различные варианты деменции (Одинак М.М., 1995; Мякотных В.С., 2009). При этом

посттравматические когнитивные нарушения сохраняются в течение длительного времени.

**Цель:** оценить когнитивные нарушения у пациентов в периоде остаточных явлений БЧМТ.

**Материалы и методы.** Обследовано 130 ветеранов боевых действий, из них 115 пациентов с последствиями ЧМТ, полученной в условиях боевой обстановки и 15 ветеранов боевых действий без указания в анамнезе ЧМТ. Пациенты в зависимости от степени тяжести БЧМТ были разделены на 2 группы: 1 группа – 61 пациент с последствиями сотрясения головного мозга (средний возраст –  $41,29 \pm 6,08$  года, резидуальный период ЧМТ составил –  $19,34 \pm 7,15$  года), 2 группа – 54 пациента с последствиями ушиба головного мозга легкой и средней степени тяжести (средний возраст –  $43,23 \pm 6,05$  года, резидуальный период ЧМТ составил –  $22,0 \pm 6,11$  года). Контрольная группа состояла из 15 ветеранов боевых действий без ЧМТ в анамнезе (средний возраст  $41,81 \pm 6,34$  лет). Контрольная и основная группы были сопоставимы по возрасту ( $p=0,649$ ) и наличию сосудистой патологии ( $p=0,150$ ).

Нейропсихологическое обследование включало в себя: скрининговая шкала краткой оценки психического статуса (MMSE), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест). Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6.0. Различие принималось за статистически значимое при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У пациентов 1 группы средняя оценка MMSE составила  $26,87 \pm 2,01$  баллов, у пациентов 2 группы –  $25,39 \pm 2,44$ , в контрольной группе  $29,00 \pm 1,22$  ( $p=0,001$ ). При исследовании когнитивных нарушений по MoCA-тест в группе с последствиями БЧМТ выявлено достоверно значимое снижение показателей внимания (1 группа –  $4,56 \pm 1,18$  б., 2 группа -  $4,29 \pm 1,30$  б., 3 группа -  $5,8 \pm 0,45$  б.,  $p=0,016$ ), речи (1 группа –  $1,31 \pm 1,16$  б., 2 группа –  $1,08 \pm 0,88$  б., 3 группа –  $2,2 \pm 0,87$  б.,  $p=0,002$ ), зрительно-конструктивных навыков (1 группа –

3,53±1,08 б., 2 группа – 2,87±1,25б., 3 группа – 4,8±0,45 б., p=0,012), абстракции (1 группа – 1,58±0,54 б., 2 группа – 1,29±0,75 б., 3 группа – 2,0±0,01 б., p=0,016) и памяти (1 группа – 2,07±1,29б., 2 группа – 2,12±1,65 б., 3 группа – 4,0±0,71 б., p=0,001) по сравнению с контрольной группой. Общий балл по МоСА-тест составил: 1 группа – 22,09±3,07 б., 2 группа – 20,29±3,11б., 3 группа – 27,8±1,10 б. (p=0,001). Достоверно значимые различия между 1 и 2 группами отмечаются при оценке зрительно-конструктивных навыков и общего балла по МоСА-тест (p<0,05).

**Заключение.** У пациентов с последствиями БЧМГ в периоде остаточных явлений наблюдаются когнитивные нарушения, связанные с нарушением внимания, речи, памяти, зрительно-конструктивных навыков и абстракции. При этом выраженность когнитивных нарушений зависит от степени полученной БЧМГ.

**Чалая Е.Б.<sup>1</sup>, Будза В.Г.<sup>1</sup>, Чалый В.А.<sup>1</sup>, Чалая И.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - ГОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург

<sup>2</sup> - Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург

## **АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Chalaya E. B.<sup>1</sup>, Budza V. G.<sup>1</sup>, Chalyi V. A.<sup>1</sup>, Chalaya I. V.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - GOU VPO the Orenburg state medical University, Orenburg

<sup>2</sup> - Orenburg regional clinical psychiatric hospital № 1, Orenburg

## **ANALYSIS OF THE CLINICAL PICTURE OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF ISCHEMIC STROKE**

**Актуальность.** Взаимоотношения личности и болезни реализуются дезадаптивно-характерологическими расстройствами.

Психосоматическое реагирование отражается во внутренней картине болезни (ВКБ). Постинсультный период можно отнести к психосоматическому заболеванию, поскольку в течение его выделяются этапы, характерные для развития психосоматозов.

**Цель исследования:** Анализ ВКБ у больных в различные периоды хронической фазы ишемического инсульта.

**Материалы и методы.** Клинико-психопатологическим методом исследован 161 больной (мужчин – 109, женщин – 52) в возрасте от 35 до 68 лет (средний – 55 лет) с нарушениями двигательных функций (НДФ) в различные сроки после инсульта: от 2-х месяцев до 1-го года (поздний восстановительный этап), от 1-го года до 3-х лет (ранний резидуальный этап), свыше 3-х лет (поздний резидуальный этап).

**Результаты.** У больных позднего восстановительного этапа преобладали «чистые» типы ВКБ, что свидетельствовало о сохранности критической оценки болезненных переживаний. Установлено почти равное число адаптивных и дезадаптивных типов ВКБ. При грубых НДФ (гемиплегии) формировались только дезадаптивные типы ВКБ, при легких (сенсо-пирамидные дефициты) – только адаптивные. Это объяснялось психотравмирующим воздействием НДФ, обуславливающим выраженность эмоционального компонента ВКБ. В раннем резидуальном этапе превалировали дезадаптивные смешанные и диффузные типы ВКБ, что отражало прогрессивность как сосудистой патологии (снижение критической самооценки), так и состояния фрустрации (НДФ). Отчетливая тенденция увеличения неврастенического и сензитивного типов ВКБ свидетельствовала о нарастающем

эмоциональном дискомфорте, обусловленным пониманием больными необратимости утраты двигательной активности. Установлено отсутствие прямой зависимости между тяжестью дефекта и представлением больных о своей болезни: при выраженных НДФ формировались как адаптивные, так и дезадаптивные (без явного преобладания) типы ВКБ. В позднем резидуальном этапе еще более преобладали дезадаптивные типы ВКБ. Хронический психоэмоциональный стресс (НДФ) обуславливал нивелировку преморбидных черт и инверсию реагирования: адаптивные типы ВКБ преимущественно формировались у тревожно-мнительных и возбудимых лиц, а дезадаптивные – у синтонных. Высокие значения шкал эргопатического и сензитивного типов ВКБ у больных с выраженными НДФ свидетельствовали о заострении сензитивных характеристик личности и выраженной мобилизации мотивации на преодоление болезни (как компенсаторной, так и гиперкомпенсаторной).

**Выводы.** Установлено, что в постинсультный период переживания болезни подвержены определенной динамике. Фрустрирующее влияние хронического психоэмоционального стресса (двигательная депривация) вызывало нивелирование и даже инверсию роли преморбиды в развитии ВКБ. Коррекция особенностей ВКБ является важной задачей дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий на различных этапах отдаленного периода инсульта.

## **ПСИХИАТРИЯ**

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

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

### **ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИСМОРФОФОБИИ- ДИСМОРФОМАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ**

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

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

### **PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE DISMORFOFOBIA- DISMORPHOMANIA IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA**

**Актуальность.** Нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) встречаются преимущественно у лиц женского пола, с началом заболевания в детском и подростковом возрасте и занимают одно из первых мест по угрозе летального исхода среди психической патологии. Заболевания имеют тенденцию к затяжному и хроническому течению, инвалидизации с социальной дезадаптацией и высокий суицидальный риск. Распространенность НА оценивается между 0,4 и 1% (Bruce В. с соавт., 1995), а НБ между 0,9 и 4% (Westenhofer J. с соавт., 1991, Bruce В. с соавт., 1995). Психопатологической основой этих заболеваний, чаще всего,

является синдром дисморфофобии-дисморфомании (Коркина МВ., 1984), который характеризуется навязчивыми, сверхценными или бредовыми идеями физического недостатка, идеями отношения и депрессией. Этот синдром сопровождается упорным стремлением к коррекции мнимого или действительно имеющегося, но преувеличенного физического недостатка, путем активного ограничения в еде, интенсивных тренировок и различных очистительных мероприятий. Склонность больных к диссимуляции препятствует адекватной врачебной оценке их состояния, приводит к различным дифференциально-диагностическим ошибкам, длительному и безуспешному лечению у врачей различных специальностей. Очевидно, что значимая роль дисморфофобии-дисморфомании в этиопатогенезе, клинике, динамике и прогнозе НА и НБ, обуславливает актуальность детального изучения стойкого недовольства своей внешностью у пациенток с данной патологией с дополнительным использованием психометрических методик.

**Цель исследования.** Оценка степени общей удовлетворенности/неудовлетворённости собственным телом и отдельными его частями, в том числе теми, которые чаще всего вызывают недовольство (живот, бедра, ягодицы) у пациенток с НА и НБ.

**Материал и методы.** В исследование включались пациентки женского пола с НА и НБ, обратившихся на кафедру психиатрии и медицинской психологии РУДН и давшие информированное согласие. Применялся психометрический метод с использованием валидизированного Опросника образа собственного тела (ООСТ Скутаревский О.А), модифицированный, с учетом индекса массы тела (ИМТ) и тяжести соматического состояния, и Шкалы удовлетворенности собственным телом (ШУСТ Скутаревский О.А).

**Результаты.** Выборку составили 30 пациенток с НА и НБ в возрасте 16-30 лет (средний возраст 21+3,84). Длительность заболевания от 6 месяцев до 12 лет. По данным ООСТ 43,4% пациенток попадают в категорию выраженная неудовлетворённость своей внешностью, 23,3% в умеренную и 33,3% в категорию легкая, которая также не считается нормативной. По данным ШУСТ, характеристиками относящимися к голове (глаза, нос, уши) не довольны 43% пациенток, относящимися к туловищу (живот, грудь, спина) 53,3%, к нижней части тела (ягодицы, таз, бедро) 56,6% опрошенных. Количество недовольных всеми перечисленными частями тела равно 40% (n 12), что говорит о наличии полидисморфофобии-дисморфомании.

**Выводы.** Полученные высокие показатели недовольства своей внешностью, которые согласуются с данными клинико-психопатологического обследования (высокий уровень тревоги и депрессии) и соматическим состоянием пациенток (низкий ИМТ, вплоть до кахексии) и, безусловно, влияющие на динамику заболевания и успех терапии НА и НБ нуждаются в дальнейшем подробном изучении.

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

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

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**



**Lineva T.U., Bryukhin A.E., Okonishnikova E.V.**  
**FGBOU VPO «Peoples' Friendship University of Russia», Medical  
Faculty, Department of Psychiatry and medical psychology,  
Moscow**

## **CHARACTERISTICS OF OBSESSIVE-PHOBIC DISORDERS IN ANOREXIA NERVOSA**

**Актуальность.** Нервная анорексия - психическое заболевание, развивающееся, как правило в подростковом и юношеском возрасте, преимущественно у лиц женского пола. Расстройство характеризуется стойким неприятием своего телесного образа и выраженным стремлением к его коррекции при помощи ограничений в приеме пищи или полным отказом от неё, различных очистительных мероприятий и интенсивных физических нагрузок. В структуре сложного психопатологического синдрома, наряду с дисморфобией-дисморфоманией и аффективными нарушениями значительная роль отводится обсессивно-фобическим расстройствам, которые отличаются клиническим полиморфизмом и наблюдаются, как в преморбиде, так и на различных этапах заболевания и, несомненно, влияют на динамику болезни, успех терапии и прогноз.

**Цель исследования.** Изучение обсессивно-фобических расстройств у пациентов с нервной анорексией на доклиническом, клиническом этапах и в динамике заболевания.

**Материал и методы.** Клинико-психопатологический и катamnестический анализ репрезентативной группы больных нервной анорексией (свыше 2000 человек), обратившихся за консультацией и лечением на кафедру психиатрии и медицинской психологии, медицинского факультета РУДН.

**Результаты.** Проведённое многолетнее исследование, позволяет считать обсессивно-фобические расстройства облигатной симптоматикой этого вида патологии [М.А. Цивилько, М.В. Коркина, 1997]. Нередко у этих пациентов имеют место и компульсивные расстройства. Наиболее часто, ещё до клинических проявлений нервной анорексии, в детском и подростковом возрасте, у больных появляется ряд психопатологических расстройств, к которым, прежде всего, относятся различные страхи, в том числе страх темноты, страх оставаться одному в пустой квартире, страх смерти родителей, опасения за свое здоровье, а также навязчивые действия и разнообразные ритуалы. Следует подчеркнуть, что обсессивно-фобические нарушения возникают уже на раннем этапе нервной анорексии. При этом ведущее место занимает навязчивый страх, связанный с едой - страх приема пищи из-за чувства тяжести и болезненных ощущений в эпигастральной области после еды, опасения, связанные с задержкой стула, страх прибавки веса и изменения объемов фигуры, в результате чего больные ограничивают себя в еде, принимают большие дозы слабительных препаратов. Нередко это сопровождается чрезмерными, многочасовыми физическими упражнениями. В период возникновения булимической симптоматики появляются навязчивые действия и влечения, разнообразные ритуалы, и компульсивные расстройства. Обсессивные нарушения при нервной анорексии чаще связаны по содержанию с приемом пищи, однако, при существенном падении массы тела и нарастании кахексии, а также при массивной булимической симптоматике возможны навязчивости иного характера, не связанные с пищевой тематикой.

**Заключение.** Таким образом, в целом, навязчивые расстройства приобретают значительную выраженность и разнообразие, как при

нарастании дефицита массы тела, так и при усилении булимии. Следует считать, что обсессивно-фобические расстройства неразрывно связаны с пищевым поведением, что имеет важное значение для понимания патогенеза навязчивых нарушений при нервной анорексии. Важно подчеркнуть, что чем более выраженными являются обсессии, тем сложнее лечение и реабилитация больных с этой патологией.

**Якубова М. А.**

**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии**

### **СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

**Цель исследования** – изучение структуры психопатологических расстройств у женщин с параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия.

**Материал и методы** исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 40 больных женщин параноидной шизофренией в возрасте 26-54 лет, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При изучении типов течения параноидной шизофрении было выявлено – у 18 (45%) больных параноидная шизофрения с непрерывным типом течения с длительностью болезни 15-20 лет; у 14 (35%) больных диагностирована параноидная шизофрения эпизодический тип течения с нарастающим дефектом с длительностью болезни 9-10 лет;

у больных выявлена параноидная шизофрения эпизодический тип течения со стабильным дефектом с длительностью болезни 25-30 лет; у 8 (20%) больных был выставлен диагноз параноидная шизофрения эпизодический ремитирующий тип течения с длительностью болезни 5-8 лет.

При эпизодическом типе течения шизофрении так же, как и при прогрессивной, отмечаются острые параноидные, галлюцинаторно – параноидные приступы. Однако в структуре приступов психозаффективного типа аффективные расстройства занимают весьма значительное место. Приступы отличаются большой остротой, полиморфностью и подвижностью психопатологических проявлений. Бредовые идеи не достигают значительной систематизации. Галлюцинации образны, нередко сценopodobны. Содержание бреда и галлюцинаций целиком зависит от характера аффекта.

При аффективно-параноидном типе приступов отмечаются выраженные депрессивные расстройства, сочетающиеся с интерпретативным малосистематизированным бредом. При депрессивном аффекте наблюдаются как депрессивные, так и персекуторные бредовые идеи. Содержанием бреда чаще всего становятся ревность, бред преследования, бред отношения, бред воздействия, бред самообвинения. На протяжении всего приступа происходит расширение бреда с элементами бредового восприятия обстановки и усиление образности, чувственности бреда. Причиной аутоагрессивных действий у больных при параноидной шизофрении со стойким дефектом было неспособность прогнозировать последствия своих действий.

Среди мотивов суицидальных попыток преобладали мотивы самонаказания – 18 (45%) больных и мотивы отказа от жизни – 11

больных (27,5%). Реже назывались мотивы протеста – 8 больных (20%). Наиболее редко встречался мотивы избегания – 3 (7,5%) больных.

В изучаемом контингенте преобладали саморанения – 13 (32,5%) больных и самоотравления – 11 (27,5%) больных. Далее следовали самоповешения – 9 (22,5%), падения с высоты – 5 больных (12,5%) и самоутопления – 2 больных (5%). Женщин с параноидной психозом непрерывным типом течения у 27,5% (11 больных) параноидный синдром отмечался с расстройствами восприятия, у 32,5% (13) больных параноидный синдром сопровождался аффективными расстройствами в виде депрессии, тревоги, и только у 7,5% (3) не наблюдались обманы восприятия. При эпизодическом типе течения параноидной психозом аффективные расстройства отмечались у 15% (6) больных, обманы восприятия у 15% (6) больных, без расстройств восприятий у 2,5% больных.

Позитивная симптоматика была представлена следующими расстройствами: галлюцинациями, бредовыми идеями, манерностью, агрессивностью, тревогой, депрессией, снижением критики к состоянию.

Среди женщин совершивших аутоагрессивные действия, у 2 (5%) больных наблюдались слуховые галлюцинации с императивными позывами, 8 (20%) больных высказывали идеи самообвинения и самоуничтожения, у 6 (15%) больных причинами стали психотравмирующие ситуации, у 4 (10%) больных бредовые идеи отношения, у 11 (27,5%) больных отмечались высказывания с бессмысленности бытия и утратой смысла жизни, у 9 (22,5%) больных мотивом для совершения суицида явились страх перед будущим и отказ от будущего.

При бреде самообвинения (греховности) и самоуничужения у 8 (20%) больных обвиняли себя в различных преступлениях, аморальных поступках, эгоизме, разврате, черствости. Бред самообвинения выражается в том, что больной постоянно обвиняет себя в мнимых проступках, непростительных ошибках, грехах и преступлениях против отдельных личностей или группы людей. Ретроспективно он оценивает всю свою жизнь как цепь «черных деяний и преступлений», обвиняет себя в болезнях и смерти близких друзей, родственников, считает, что за свои проступки он заслуживает пожизненного заключения или медленной казни «четвертованием». Иногда больные с подобным расстройством прибегают к самонаказанию, совершая членовредительство или даже самоубийство. Нередко утверждали, что окружающие обвиняют их в тяжких преступлениях, которые они не совершали.

Бред отношения высказывали 4 (10%) больных, что проявлялось убежденностью больного в плохом к нему отношении со стороны окружающих, которое осуждают его, презрительно посмеиваются над ним, особым образом перемигиваются и насмешливо улыбаются. По этой причине больные начинают уединяться, перестают посещать общественные места, не пользуются транспортом, так как именно в обществе людей они особенно остро чувствуют недоброжелательное к ним отношение. При бреде отношения дополняющем бредовые идеи преследования, индифферентные для больной события он относит на свой счет: свет на доме погас и стало темно специально для того, чтобы показать, что она темная, необразованный человек.

**Заключение.** Таким образом, аффективные расстройства в структуре психопатологических расстройств у женщин с параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные

действия, занимают весьма значительное место. Позитивная симптоматика представлена расстройствами восприятия, бредовыми идеями, манерностью, агрессивностью, тревогой, депрессией, снижением критики к состоянию. Приступы отличаются большой остротой, полиморфностью и подвижностью психопатологических проявлений.

**Есина Е.Ю., Есина М.В.**

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

### **СТРЕСС В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Esina E.Y., Esina M.V.**

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

### **STRESS IN THE PATHOGENESIS OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN YOUNG ADULTS**

**Введение.** Оценка психосоциальных факторов риска у лиц молодого возраста, больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (СДВНС) является ведущей для разработки и планирования индивидуальных профилактических мероприятий. По мнению экспертов к 2020 г. смертность из-за психо-эмоциональных расстройств выйдет на второе место в мире, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям.

**Цель.** Определить структуру стресса у больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы лиц молодого возраста,

проанализировать взаимосвязь выраженности уровня стресса с функциональными доклиническими изменениями миокарда.

**Материалы и методы.** В одномоментном исследовании участвовали 71 больной СДВНС. Среди них 18 юношей и 53 девушки в возрасте от 21 до 26 лет. Средний возраст 22 года. Обследование проводилось в три этапа. В течение первого этапа проводили анкетирование респондентов с целью оценки уровня стресса (тест Л. Ридера). На втором этапе проводилось дисперсионное картирование (ДК) ЭКГ во время пробы с физической нагрузкой (ФН), с оценкой интегральных показателей: «Миокард», «Ритм», «Код детализации» и ЭКГ. «Портрет сердца» в зеленом цвете или с незначительными оттенками желтого цвета, отражающий значения интегрального индикатора (ИИ) «Миокард» 14% и менее в покое, «Код детализации» 0, индикатор «Ритм» до 60%, интерпретировались, как норма. На третьем этапе анализировали полученные данные и разрабатывали рекомендации для больных СДВНС с повышенным уровнем стресса.

**Результаты.** Структура стресса была следующей: низкий уровень стресса был у 6 (33%) юношей и 20 (38%) девушек и составил  $3,3 \pm 0,1$  и  $3,1 \pm 0,04$  балла, соответственно. Средний уровень стресса был зарегистрирован у 9 (50%) и 27 (51%) респондентов мужского и женского пола, соответственно и достиг  $2,4 \pm 0,1$  баллов у студентов и  $2,3 \pm 0,04$  у студенток. Высокий уровень стресса  $1,8 \pm 0,1$  баллов был выявлен у 3 (17%) юношей. Число девушек с высоким уровнем стресса  $1,3 \pm 0,1$  достигло 6 (11%) человек. Индикатор «Миокард» у юношей с высоким уровнем стресса после нагрузки увеличился до  $18,0 \pm 2,7\%$  ( $p < 0,05$ ) и превысил 17%, что позволило отнести этих студентов в пограничную группу по состоянию здоровья. Отклонение от нормы значений индикатора «Миокард» у респондентов мужского пола с высоким уровнем стресса было



зарегистрировано и через 4 минуты после нагрузки: индикатор «Миокард» отличался от исходного значения, более, чем на 1%. У девушек с высоким уровнем стресса пульс после пробы с физической нагрузкой не превысил значения нормы и составил  $89,8 \pm 9,1$  уд/мин. Индикатор «Миокард» у больных этой группы достиг  $15,7 \pm 1,3\%$  сразу после пробы с физической нагрузкой, находясь в пределах нормальных значений, через 4 минуты после нагрузки индикатор «Миокард» снизился до  $14,7 \pm 0,9\%$ , отличаясь от исходного значения более, чем на 1%.

**Выводы.** Высокий уровень стресса отмечен у 17% юношей и 11% девушек, больных СДВНС. Во время пробы с физической нагрузкой у больных СДВНС лиц мужского пола с высоким уровнем стресса выявлены проходящие функциональные изменения миокарда. Таким образом, во время пробы с физической нагрузкой, призванной спровоцировать напряжение механизмов адаптации у больных СДВНС с высоким уровнем стресса, выявлены донозологические изменения функционального состояния миокарда.

Ярославская Л.И.<sup>1</sup>, Ярославская М.А.<sup>2</sup>, Петровская А.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница

им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ, Москва

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Первый Московский государственный

медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава

России, Москва

## ПРИМЕНЕНИЕ ЦВЕТОВОГО ТЕСТА ЛЮШЕРА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Yaroslavskaya L.I.<sup>1</sup>, Yaroslavskaya M.A.<sup>2</sup>, Petrovskaya A.N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital named after Y.V. Kannabiha, Moscow

<sup>2</sup>The Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

## **APPLICATION LUSCHER COLOR TEST IN THE ASSESSMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS**

**Актуальность проблемы** депрессий, наблюдающихся в общемедицинской практике, определяется не только их распространенностью и тем, что они чаще всего отражают дезадаптивный ответ организма на чрезмерное влияние среды, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной психотерапевтической помощи.

**Цель исследования** – изучение психофизиологического состояния пациентов, страдающих депрессивными расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 30 пациентов, имеющих диагноз депрессия (МКБ-10: расстройства настроения (аффективные расстройства) F 31 – F34; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 41 – F43), находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в ПКБ имени Ю.В. Каннабиha. В психическом состоянии больных отмечалось изменение эмоциональной сферы. Характерными признаками их жалоб являлись снижение настроения, интересов и удовольствия от деятельности, апатия, тревога, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках. Средний возраст составил – 54,4 года ± 2,6. Для изучения психофизиологического состояния больных применялся модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера (Л.Н. Собчик, 2001).

**Результаты.** Помимо отсутствия рабочей группы (цветовые эталоны 2,3,4 на первых местах), в большинстве случаев, наибольшее внимание привлекает тот факт, что у больных депрессией лидирующие позиции занимают цвета: коричневый – на первой позиции встречается в 13,3%, на второй – 26,7%, на третьей – 10% случаев, т.о. в сумме составляет 50%, т.е. в половине случаев. Это указывает на переживание беспокойства, тревоги, физический и психологический дискомфорт, болезненное состояние. Коричневый цвет на первых трех позициях выражает попытку сосредоточения на телесно-чувственных ощущениях Фиолетовый цвет на первой позиции встречается в 10%, на второй – 13,3%, на третьей – 26,7% случаев, т.о. в сумме составляет 50%, т.е. также, как и коричневый цвет, в половине случаев. Это свидетельствует, о потребности во внешней гармонии, чаще всего потому, что отсутствует внутренняя гармония; серый, так же часто, предпочитаемый цвет для выборки. В сумме он встречается в 36,7% случаев. Он как бы разделяет, отгораживает, освобождает от обязательств, укрывает от внешних причин и воздействия. Его присутствие на первых позициях является компенсирующим (за счет невовлеченности). Он указывает на утрированное поведение и отсутствие равновесия между предпочитаемыми цветами, несущими конфликтную нагрузку, и остальными обесцененными потребностями.

**Заключение.** Психофизиологическое состояние больных депрессией характеризуется отсутствием дифференцированности и принятием своего телесного опыта, уходом от окружающего мира, чувствительностью, ранимостью.

**Жиляев А.Г.**

**Лаборатория мониторинга здоровья и доказательной  
реабилитации Института физико-химической медицины  
ФМБА России**

## **ТАКТИКА ВЫБОРА ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

**Jiliaev A.G.**

**Laboratory of the health monitoring and evidence of rehabilitation  
of the Institute of Physico-Chemical Medicine FMBA of Russia**

## **THE TACTICS OF CHOICE OF PSYCHOPHARMACOLOGY IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

Патофизиологической и патопсихологической основой психосоматических заболеваний является стресс, вызывающий истощение ресурсов адаптации, что отражается на балансе многоуровневых защитных сил организма

Одним из основных компонентов стресса является психовегетативный дисбаланс с развитием гиперсимпатикотонических реакций, проявляющихся на психологическом уровне расстройствами тревожного круга.

Патогномичным психическим расстройством при психосоматических заболеваниях являются сверхценные ипохондрические страхи, которые в силу своей специфичности представляют проблему для применения психотропной терапии.

Применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда ограничивается их особенностью фармакологического действия на тормозящие нейрональные структуры ЦНС, а также риском развития

побочных эффектов и осложнений, в частности, патологической зависимости и депрессивных состояний.

Препаратами выбора при психофармакотерапии могут служить атипичные анксиолитики, механизмы действия которых позволяют эффективно купировать анксиозные проявления на уровне нейромедиаторной регуляции.

Препарат «пророксан» (пирроксан), являясь малоселективным альфа-адреноблокатором, эффективно воздействует на проявления тревоги и страха при психосоматических заболеваниях за счёт коррекции проявлений гиперсимпатикотонии как на психологическом, так и на соматоневрологическом уровне, способствуя стабилизации эмоционального состояния и кардио-респираторных паттернов без негативного влияния на сердечную мышцу и активность метаболических процессов.

Дополнительным преимуществом препарата пророксан (пирроксан) является возможность комбинировать его при психосоматических заболеваниях с наиболее эффективными тимотранквилизаторами: альпрозаламом, мебиксом, а также с ноотропными препаратами. Эта комбинация обеспечивает повышение эффективности психотерапевтических методик, что имеет решающее значение при психосоматических заболеваниях.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Носачев Г.Н.**

**Специализированный консультативно-диагностический центр  
клиник Самарского государственного медицинского  
университета**

### **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО- ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ**

**Nosachev G.N.**

**Specialized Advisory-diagnostic center clinics Samara state medical  
University**

### **METHODOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL AND LEGAL ASPECTS OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE: PAST AND PRESENT**

Родившись в недрах психоанализа как еще одна попытка объединения «психики и соматики», психосоматическая медицина (ПС) практически стала возрождаться и закрепляться в России в конце XX века как «психосоматика» все еще преимущественно в рамках психоанализа (Кулаков С.А., 2003) и в недрах кафедр психиатрии. Попытка П.И. Сидорова с соавт. (2006) применить системный подход к ПС с этапами формирования психосоматических заболеваний не была подхвачена специалистами. Хорошо известны отечественным психиатрам, но мало известны интернистам и исследования Смулевича А.Б. и Краснова В.Н. с сотрудниками, проводившиеся в конце XX - начале XXI вв. В итоге

были выделены следующие аспекты проблемы: психосоматические заболевания, психические расстройства при соматических заболеваниях, личностные и поведенческие реакции на соматическое заболевание, психология болезни, а в МКБ-10 психосоматическим заболеваниям посвящён раздел F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Итак, нет сомнений в междисциплинарном характере метанауки (раздела, дисциплины), в которой отсутствует четкая методология (в лучшем случае она носит эклектический характер), но существует медицинская и психологическая практика. Признаки междисциплинарности присутствует и в рамках медицины между психиатрией и соматической патологией, придерживающимися разных концептов, законов и принципов. При этом врачи-практики, особенно интернисты, используют в терапии психосоматических пациентов биологическую терапию психотропными препаратами и психотерапию, не имея ни юридического, ни этического права на их использование, т.е. врачи-интернисты попадают под действие Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и Федерального закона РФ «Об охране здоровья граждан в РФ». Необходимо отметить, что при обучении врача и магистра психологии отсутствует учебная дисциплина ПС, но она присутствует при обучении бакалавра психолога.

Основой методологии ПС должна стать философия науки, в частности медицины и психологии, учитывая антропологический и биопсихосоциальный (мы добавляем духовный) подходы к человеку (пациенту, клиенту). Если считать ПС концептом, имеющим относительно самостоятельные компоненты теории (гипотезы, интерпретации), то необходимо формирование понятий, моделей, законов, методов, принципов (или другой строй иерархии:

принципы, методы, законы, понятия). Принципы позволяют создать каркас интерпретации их содержания. И начинать следует или с демаркации ПС между естественнонаучной (медицина) и гуманистической (психология и частично психиатрия) парадигмами, или с создания новой и теоретической и практической парадигм, чтобы избежать бесформенного клубка знаний. Следует считать рецидивом патриархального мировосприятия, а также стремлением убежать от торжества «золотого века» научного знания убеждение, что на современном этапе знаний с преобладанием философии постмодерна основой являются мифы, религиозный опыт и теории здравого смысла, которые призваны способствовать союзу человека и природы. ПС сформировалась как прагматическая дисциплина, настало время формирования принципа научно-теоретического ряда и строя.

**Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Магурдумова Л.Г.**  
**Московский научно-практический центр наркологии,**  
**МНИИПсихиатрии Минздрава РФ**

**ПОЭТАПНОЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ,  
НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛЮДЕЙ  
ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ**

**Sokolov E.Yu., Fomin A.A., Magurdumova L.G.**  
**Moscow scientific and practical center of narcology,**  
**Mniipsikhiatriya Minzdrava of the Russian Federation**

**THE STAGE-BY-STAGE PREVENTION OF MENTAL,  
NARCOLOGICAL DISORDERS AT PEOPLE OF DANGEROUS  
PROFESSIONS**



**Актуальность.** В отдаленном периоде после боевых ситуаций у человека нередко отмечаются психические и наркологические расстройства.

**Цель исследования** – оценка использования психотерапевтических методов саморегуляции для обучения военнослужащих этим методам. Материал исследования. Обследованы 103 военнослужащих ВВ МВД РФ (96 мужчин, 7 женщин) в возрасте 19–42 года, профессиональные обязанности которых связаны с жизнеопасными ситуациями, боестолкновениями в «горячих точках». Проводились методы психологической саморегуляции.

**Методы исследования.** Динамический, клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

Внимание военнослужащих направлялось на умение использовать методы саморегуляции, на этапах выполнения боевой задачи, в периоды передышек. Энергосберегающие методы выполнялись с врачом и самостоятельно.

С помощью методов саморегуляции военнослужащий, работающий в экстремальных ситуациях, более смелый, спокойный, в схватке с врагом, увереннее чувствует себя перед боем и в бою.

В зависимости от этапа подготовки к выполнению боевой задачи рекомендуется выполнение энергосберегающих психотерапевтических мероприятий для предотвращения в дальнейшем различных расстройств.

**1. Мирный этап.** Военнослужащий по 3–5 раз в день изучает все психотерапевтические, психологические упражнения со специалистом и обязательно самостоятельно, подготавливая себя к столкновению в будущем с экстремальными ситуациями. Рекомендуются следующие приемы саморегуляции:

Дыхание животом. Дыхание животом в сочетании с грудным дыханием. Дыхание успокаивающее. Самогипноз. Дыхание стимулирующее. Дыхание на счет. Задержка дыхания.

Правильное ровное, спокойное замедленное дыхание обладает успокаивающим, уравнивающим действием, способствует повышению ВЕРЫ в себя.

Упражнение «Равновесие двух сил». Прогрессирующая релаксация. Упражнение «Я – камень». Использование самоприказов. «Релаксирующий водопад».

**2. Предбоевой этап.** Дыхание на счет. Задержка дыхания. Упражнение «Я – камень». Использование самоприказов

**3. Боевой этап, 4. Межбоевые периоды.** При усталости, волнении для быстрого улучшения состояния выполнить следующее: Не более 1,5 мин провести энергетический самомассаж. Мгновенно улучшается состояние. Используются внутренние самоприказы.

**5. Саморегуляция в послебоевом периоде.** Обязательно после выполнения боевой задачи, когда каждый участник боевой группы столкнулся с эмоционально напряженной стрессовой ситуацией, для снятия эмоционального напряжения, общего успокоения организма, предупреждения отдаленных послебоевых расстройств, провести «разбор полета». Дыхание животом в сочетании с грудным дыханием. Самогипноз.

Упражнение «Я – камень». Релаксирующий падающий водопад.

**Выводы.** Применение энергосберегающих методов и обучение им для саморегуляции является необходимостью в современных условиях. Это позволит специалистам опасных профессий максимально долго сохранять свой профессионализм и длительность пребывания на военной службе, в том числе, после выполнения поставленных задач в экстремальных условиях деятельности.

**Любов Е.Б.**

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии -  
филиал Федерального медицинского исследовательского центра  
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского МЗ РФ**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СТАРЧЕСКИХ ДЕМЕНЦИЙ: РЕЗЕРВЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

**Актуальность темы** связана с постарением населения и усугублением социально-экономического бремени старческих деменций (СД).

**Цели и задачи:** изучение повседневной психиатрической практики ведения больных СД с выделением типовых недостатков, препятствующих облегчению бремени болезни с позиций психиатрических служб, близких (неформальных опекунов), общества в целом.

**Материалы и методы:** многоцентровое ретроспективное наблюдательное исследование ( $n > 500$  пациентов с верифицированными диагнозами СД; F.0 по МКБ-10) с вторичными фармакоэпидемиологическим (количественным и качественным) и стоимостным анализом.

**Результаты:** длительность нелеченой болезни у 80% пациентов  $> 5$  лет. Обращение к психиатру в связи с выраженными поведенческими и психотическими нарушениями. Сосудистая деменция диагностирована в  $\frac{3}{4}$  случаев. Основное бремя ухода на семье больного (обычно ключевой неформальной опекун – женщина предпенсионного, пенсионного возраста). Более 70% пациентов не наблюдаются в течение года на участке ПНД, 15% (в основном одинокие) находятся в психиатрической больнице (ПБ) в ожидании направления в психоневрологический интернат (срок ожидания 3-5

лет) или уже помещены в последний. Треть пациентов госпитализирована в течение года на срок 1-2 месяца в связи с грубо нарушенным поведением. Основное лечение – психофармакотерапия с значительным (до 60%) удельным весом морально устаревших и небезопасных (пожилым, с СД) препаратов (чаще – 80% – седативные нейролептики). Не менее 40-50% пациентов получают транквилизаторы 3-6 месяцев в году. Высока (до 80%) доля обычно нерациональной полифармации. Менее 5% и в основном в ПБ получают антидементные препараты и не более 3-х месяцев подряд. Затраты per capita в 3-4 раза меньше при пересчете на паритет покупательской способности, чем в странах ЕС. Не более 10% близких больных получают лечение (транквилизаторами при активной просьбе).

**Выводы:** повседневная психиатрическая помощь при СД низкого качества при малом следовании клиническим руководствам, основанным на доказательствах, указывающих выбор антидементных препаратов на фоне целевой психосоциальной помощи больным и их близким: запоздала, несистематизирована, «медиализирована». Возможна гипердиагностика сосудистой деменции. Большая часть пациентов и их близких – вне поля зрения ПНД. Большая часть медицинских затрат (до 90%) связана с ресурсоемким больничным звеном. Дорогостоящая койка продолжает выполнять приютно-патронажную функцию. Доказанный ресурсосберегающий потенциал антидементных препаратов (как акатинола – препарата первого выбора при болезни Альцгеймера средней-тяжелой степеней, наблюдаемой обычно психиатрами) не использован. Не задействованы стационарзамещающие формы помощи (дневные стационары, стационары на дому), добровольцы, группы самопомощи.

## НАРКОЛОГИЯ

**Бабарахимова С.Б., Абдурахманова С.У.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

### **ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ АДДИКЦИИ**

**Vabarahimova S.B., Abdurahmanova S.U.**

**Tashkent Pediatric Medical Institute**

### **PSYCHOSOCIAL FACTORS OF DEVELOPMENT INTERNET ADDICTION**

**Актуальность:** по оценкам зарубежных исследователей [Rosenberg O., 2013] риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10 % популяции. 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 исследования:** определить социально-психологические факторы риска формирования интернет-аддикции у подростков.

**Материал и методы исследования:** объектом для исследования явились 68 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 их обсуждение:** основную массу опрошенных 90% составили мальчики. 60% увлеклись компьютерными играми в

возрасте 12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Среди них 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 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20

подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 4 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.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ**

**Волгина Т.Л.**

**Тихоокеанский государственный медицинский университет,  
г.Владивосток**

### **АЛЕКСИТИМИЯ И ПСИХОСОМАТИКА**

**Volgina T.L.**

**Pacific State Medical University, Vladivostok**

### **ALEXITHYMIA AND PSYCHOSOMATICS**

**Актуальность.** Проблема психосоматической патологии остаётся одной из самых актуальных в медицине в силу частоты встречаемости, сложности дифференциальной диагностики, полимодальности подходов в понимании причин и механизмов, а следовательно, и к выбору видов и методов лечения (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000), а также в силу больших экономических затрат (Тополянская В.Д., Струковская М.В., 1986). В многочисленных исследованиях обнаружена связь алекситимии с различными психосоматозами (Провоторов В. М. и др.1988, 2001). В раннем детском возрасте описана связь психосоматических проявлений с эмоциональной и социальной депривацией (Волгина Т.Л., 2001). Описывалась так называемая «семейная алекситимия» в семьях детей, страдающих психосоматическим расстройством (ПР) (Волгина Т.Л., 2000). Наиболее часто встречающиеся негативные эмоциональные состояния у детей, страдающих ПР, считаются тревога, депрессия (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. , 1999).



**Цель.** Определить наличие алекситимии, уровень личностной тревожности и ситуативной тревоги, доминирующего эмоционального состояния у родителей детей, страдающих ПР.

**Материалы и методы.** Обследовано 22 родителя детей, страдающих ПР различного регистра, из 11 семей: 11 матерей, 6 отцов, 1 бабушка по линии отца, 4 бабушки по линии матери (все проживают вместе с внуками и их родителями). Из 12 детей – 8 мальчиков и 4 девочки (одна разнополая близнецовая пара), возраст детей – 3-9 лет. Средний возраст матерей – 33,5, средний возраст отцов – 37,5. У детей наблюдались различные ПР: функциональные нарушения двигательной системы, кожные проявления, нарушения пищеварительной системы, психосоматические респираторные расстройства. Обследование проводилось с помощью анамнестического, клинко-патологического, психодиагностического методов исследования. Применялись следующие психодиагностические методики: для определения наличия и уровня алекситимии – «Торонтская шкала алекситимии» (TAS), адаптированная НИИ им. В.М.Бехтерева; для определения доминирующего эмоционального состояния – «Шкала дифференциальных эмоций» (ШДЭ) К. Изарда; для установления уровня ситуативной тревоги (СТ) и общей личностной тревожности (ЛТ) – методика Спилбергера, адаптированная Ю.Л.Ханиным.

**Результаты.** У всех обследованных выявился достаточно высокий показатель алекситимии. Два отца и одна бабушка по линии матери находятся в группе риска по алекситимии (показатель находится на уровне 71 (+/-1,5), у всех остальных обследованных наблюдается так называемый «алекситимический тип» различной степени выраженности. ЛТ повышена у 20 обследованных, у двух отцов ЛТ занимает среднее значение, приближающееся к высокому (средний

показатель – 44,5). СТ повышена у всех обследованных ( $\geq 47$ ). При вычислении коэффициента самочувствия (КС) по методике К. Изарда установлено, что у всех обследованных доминирует отрицательное самочувствие, пониженная самооценка, тоскливое настроение, снижение работоспособности (КС  $\leq 1$ , из них у трёх = 1).

**Выводы.** У родителей детей, страдающих психосоматическими расстройствами, могут наблюдаться алекситимия, высокий уровень личностной тревожности и ситуативной тревоги, преобладает негативное эмоциональное состояние. Полученные результаты необходимо учитывать при планировании диагностики и лечения психосоматических расстройств у детей, включающих семейную психотерапию.

**Белокрылов И.В.<sup>1</sup>, Семиков С.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - Медицинский институт РУДН, кафедра психиатрии и медицинской психологии

<sup>2</sup> - Медицинский центр «Ирис», Москва

## **НОВЫЕ АКЦЕНТЫ В ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Belokrylov I.V.<sup>1</sup>, Semikov S.V.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - Peoples' Friendship University of Russia, Medical Institute, Department of Psychiatry and Medical Psychology

<sup>2</sup> - Medical Center «Iris», Moscow

## **NEW ACCENTS IN THE PSYCHOTHERAPY OF EATING DISORDERS**

Актуальность темы сообщения связана с необходимостью более глубокого и дифференцированного понимания процессов психологического генеза нарушений пищевого поведения на фоне общей низкой эффективности психотерапии данной патологии. Представленные в настоящем сообщении данные основаны на материалах сеансов психоаналитической психотерапии с 6-ю пациентками, страдающими нарушениями пищевого поведения (2 из них – нервной анорексией, ассоциированной с соматоформной вегетативной дисфункцией желудочно-кишечной системы, 4 – перемежающимися нервной анорексией и нервной булимией, ассоциированными с синдромом дисморфофобии; все случаи относятся к непсихотическим регистрам психопатологии), обратившиеся за помощью в возрасте от 17 до 31 года. Методология исследования базируется преимущественно на теории объектных отношений. Все пациентки оказались носителями травматического комплекса внезапной покинутости. Причем имевший место разрыв отношений с матерью бессознательно переживается пациентками как утрата собственной жизненности либо как потеря части тела, поскольку депривация имела место в периоды особой потребности в матери. Ненависть к покидающему объекту проецируется на материнскую грудь и впоследствии – на еду в целом, в фантазиях пациенток материнское молоко смешано с грязью, фекалиями. Рвота в буквальном смысле служит средством очищения внутреннего пространства от материнских объектов. Уже в юношеском возрасте пациентки крайне драматично переживают разрывы отношений с друзьями, первыми половыми партнерами. В процессе терапии на первом этапе они демонстрируют негативный перенос с отказом от интроецирования основных репрезентаций психоаналитика – его слов и интерпретаций, не слушают терапевта, перебивают, часто

пропускают сеансы без предупреждения; все это символически воспроизводит отказ от материнского кормления, отрыгивание еды как частичного материнского объекта. Негативные, опасные аспекты разрыва с матерью и ее отравленным молоком нивелируются благодаря примитивной защите типа всемогущества, маниакального отрицания, создающего иллюзию независимости. В социальном поведении эти механизмы определяют характерные тенденции перфекционизма у пациенток, стремление быть самыми лучшими. Однако за фасадом данного комплекса выступает страх мести, расправы со стороны матери за отказ от нее и ее молока, что в целом отражает грубое расщепление как в объектных отношениях, так и в самосознании их идентичности. Страх перед отсутствием симбиотических связей у части пациенток блокируется за счет эротизации - повышенной сексуальной активности полиморфно первертного характера.

В то же время по некоторым психодинамическим параметрам пациентки с анорексией, с одной стороны, и с булимией, - с другой, имеют ряд принципиальных отличий. При «чистой» анорексии фантазии, свидетельствующие о расщеплении материнского объекта, фактически сводятся к полному отсутствию связи между объектом, дающим жизнь, и объектом кормящим, поддерживающим жизнь, что обеспечивается благодаря работе механизма изоляции, свойственному шизоидно-параноидной позиции по М.Кляйн. Изоляция сопровождается аутоэротическим комплексом всемогущества, благодаря которому полностью отрицается и находится вне критики аутодеструктивный характер отказа от еды. Булимии свойственно менее грубое расщепление с амбивалентными объектными отношениями, динамика которых совпадает с циклическим течением синдрома. Агрессия в адрес объекта, а также

аутоагрессивный характер симптома частично осознаются, что обеспечивает возможность работы с чувствами вины и стыда. Терапевтическая тактика в обоих случаях предполагает эволюцию системы объектных отношений у пациентов до депрессивной позиции, что возможно только при условии совладания терапевта с негативным переносом, использованием контейнирования, а также его непрерывной работы с контрпереносом.

**Некрасова С.В., Бурно А.М.**

**Российский Университет Дружбы Народов**

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ИНВЕРСИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОТИЛЛОМАНИИ**

**Nekrasova S.V., Burno A.M.**

**PFUR University**

### **EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE INVERSION OF ABILITIES TECHNIQUE FOR PSYCHOTHERAPY OF TRICHOTILLOMANIA**

**Актуальность.** Как известно, трихотилломания с трудом поддается лекарственному лечению. Это делает актуальным поиск эффективных психотерапевтических подходов, применяемых на фоне медикаментозной терапии.

**Цель исследования** состояла в оценке полезности методики инверсии возможностей при трихотилломании..

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 10 пациенток (от 18 до 30 лет). Все пациентки имели коморбидные аффективные расстройства от легкой до средней степени тяжести: 3 –

депрессивный эпизод в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, 4 – депрессивный эпизод в рамках биполярного аффективного расстройства, 3 – дистимическое расстройство. Перед началом психотерапии все пациентки принимали лекарственную терапию не менее месяца (СИОЗС, нормотимики или их сочетание). Эффект от фармакотерапии у всех пациенток был незначительным. Была использована следующая терапевтическая модель. Во временной отрезок, непосредственно предшествующий выдергиванию волос (минуты или часы), происходит сгущение, усиление негативной аффективной симптоматики. На фоне этого снижения настроения, как правило, тягостного, у пациента возникает пустое усилие третьего типа (малоосознаваемое) в виде попытки прямым напряжением воли поднять свое настроение, сбросить аффективное напряжение. Пустое усилие, в свою очередь, ведет к усилению напряжения и крайне тягостной внутренней напряженности с чувством безисходности. «Запертая энергия» получает свой выход в импульсивном действии. Устранение пустого усилия должно приводить к уменьшению внутреннего напряжения, что позволяет пережить временное ухудшение настроения без болезненных, но успокаивающих «выдергиваний».

Психотерапевтическое вмешательство состояло в приложении методики инверсии возможностей к выявлению и устранению данного пустого усилия. В когнитивной дискуссии оспаривалась вера пациентов в возможность прямым усилием воли повлиять на собственное настроение. При помощи специальных приемов пациентов приводили к абсолютной убежденности в том, что прямым усилием воли контролировать наличное настроение невозможно и тем самым «обнуляли» пустое усилие. В большинстве случаев, как и ожидалось, это приводило к отчетливому уменьшению

внутреннего напряжения несмотря на очевидное аутохтонное снижение настроения. Как следствие, больные получали возможность переждать тягостный аффективный период без совершения «спасительных» импульсивных действий. В среднем, для достижения терапевтического эффекта требовалось 3-6 часовых терапевтических сессий, с четкими «домашними заданиями» между ними.

**Результаты.** 8 из 10 пациентов за относительно короткое время достигли средней или высокой степени улучшения по субъективной шкале (катамнез составил 3 мес.). 2 из них отказались на фоне улучшения от терапии антидепрессантами. 2 пациентки не ответили на терапию.

**Выводы/Заключение.** По-видимому, методика инверсии возможностей оказывается полезной для симптоматической помощи при трихотилломании. Однако для подтверждения этого выводов требуются исследования на более широком материале. Сравнение эффективности при трихотилломании методики инверсии возможности с другими психотерапевтическими вмешательствами (релаксационной, гипнотической и комплексной когнитивно-поведенческой терапии) также представляется актуальным.

**Кононова Д.А., Белоскурская О.П.**

**Кафедра прикладной психологии и психотерапии ИППК  
РУДН, клиника Гусарова, Москва**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Kononova D.A., Beloskourskaya O.P.**

**Practical Psychology and Psychotherapy Department People's  
Friendship University of Russia, Gusarov's medical center, Moscow**

## **PERSPECTIVES OF USE TRANSACTIONAL ANALYSIS IN THE TREATMENT FOR PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

**Актуальность.** За последние 40 лет произошли глобальные изменения в политическом и социальном мире. Претерпела изменения и интенсивно развивается наука и терапия. Старые базовые теоретические концепции приобретают новое значение и звучание. Трансактный анализ (ТА) также бурно развивается во многих направлениях: теоретически, технически, организационно, международно. Соответственно, требуют пересмотра и уточнения стандарты лечения и подходы к лечению психосоматических. Почти 20-летний период развития трансактного анализа как метода психотерапии в России, внедрение его подходов в лечении психосоматозов подтвердило уникальность, эффективность и доступность метода.

**Цель.** Настоящее время меняет отношение к личности пациента и ставит новые приоритеты в тактике лечения психосоматических расстройств методом трансактного анализа. Высвечивает перспективны применения ТА в лечении психосоматических заболеваний. Фокус терапевтического внимания все больше смещается с личности (патологии) пациента на качество терапевтических отношений, которым в настоящее время придается первостепенное значение в лечении психопатологии. В том числе, психосоматозов. Смысл современного подхода к психотерапевтическому лечению психических расстройств заключается в значимости творческого взаимодействия двух личностей – терапевта и пациента в целебном терапевтическом



пространстве. Поскольку современные исследования подтверждают, что первоначальный источник психопатологии находится не во внутри-психическом пространстве пациента, а закладывается из неадекватных реакций со стороны опекуна на ранние потребности ребенка. В дальнейшем, патологические паттерны закрепляются и отыгрываются в виде различных психопатологических и соматических симптомах. Поэтому необходима и иная интерпретация причин и сути психосоматических проявлений - через призму терапевтических отношений как аналог ранних отношений с фрустрирующим опекуном.

**Материалы и методы.** Опираясь на классические и оригинальные концепции трансактоного анализа, такие как: ОК-ОК позицию в контакте с клиентом, структурную модель Эго-состояний (Берн), терапевтические отношения с позиции переноса, сценарий жизни (Стайнер), трансакции (Берн), игры (Берн), трансактоный анализ продолжает развитие теории практики, предлагая больше внимания уделять скрытым эмоциональным процессам в терапевтическом пространстве через контртрансферентные отношения, повышая роль личности терапевта в лечении пациентов с той или иной психопатологией.

**Результаты.** В результате создания трансферентных терапевтических отношений в настоящей текущей реальности, создается пространство для рождения новых возможностей - нового опыта у пациентов. Через анализ трансферентных трансакций происходит осознание пациентов старых патологических паттернов, лежащих в основе психопатологии. Как результат, пациенты получают новые возможности и стратегии совладания с патологическими процессами. Причем, не методами регрессивной работы или акцентом на исследования архаических паттернов, а

через удовлетворение эмоциональных потребностей в текущей реальности, расширением возможностей Взрослого Эго-состояния. Заключение/ выводы. Продолжая базироваться на классические концепции и философские принципы, созданные Э.Берном и его последователями, транзактный анализ продолжает развиваться, подчеркивая перспективу терапевтических отношений, основанных на «здесь и сейчас», и сотворческий характер транзакций, сценариев, эго-состояний и психологических игр.

**Маркова И.П.**

**ГБУЗ Самарская областная клиническая больница  
им. В.Д. Середавина, г. Самара**

### **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ**

**Markova I.P.**

**Samara Regional Clinical Hospital named after V. D. Seredavin,  
Samara**

### **TREATMENT OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATICS DISORDERS BY MEANS OF CREATIVE SELF-EXPRESSION**

**Актуальность.** Более половины пациентов, обращающихся в поликлиники и многопрофильные стационары с соматическими жалобами, страдают психосоматическими заболеваниями и нуждаются в психиатрической и психотерапевтической помощи. Для больных с психосоматическими расстройствами в психотерапевтическом кабинете Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина с 2005г. применяется вариант метода

Терапия Творческим Самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) в краткосрочном и долгосрочном курсах психотерапии.

**Целью исследования** было изучение динамики самочувствия и эмоционального состояния пациентов, проходивших терапию в краткосрочном курсе ТТСБ.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет – 13 мужчин и 34 женщины, страдавших соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы с преимущественными расстройствами: сердечно-сосудистой – 27 случаев, пищеварительной – 8 случаев, дыхательной – 12 случаев. Оценку состояния больных проводили по единому диагностическому алгоритму. Оценивали динамику основных клинических проявлений и изменение психологического статуса до и после занятия. Психоэмоциональное состояние оценивалось с помощью методик САН (Самочувствие – Активность – Настроение), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера. Оценка эмоционального состояния и качества жизни проводилась также по записям в дневнике самонаблюдения, который пациенты вели на протяжении курса терапии.

Лечение проводилось в краткосрочном курсе ТТСБ для больных с психосоматическими расстройствами. Курс терапии укладывался в сроки от недели до 2-х месяцев. Занятия проводились в открытых группах (5-10 пациентов) 2 раза в неделю по 2 часа. В краткосрочном курсе лечения происходило самопознание в процессе изучения болезненных расстройств, а также своего характера и характеров других людей. На первых двух занятиях пациенты знакомились с теорией стресса Г. Селье, изучали расстройства настроения у лиц с

различными характерологическими радикалами. На последующих занятиях пациенты учились приемам самопомощи творческим самовыражением, а также культурными и духовными ценностями.

**Результаты.** В результате занятий ТТСБ у всех пациентов отмечалось улучшение состояния. По данным тестов повысились средние показатели самочувствия, активности и настроения, уменьшился уровень тревожности. Изменение эмоционального состояния укрепляло веру в собственные силы. Происходила перестройка взглядов, интересов, отношения к собственному состоянию, возникало стремление к преодолению болезни, реализации компенсаторных возможностей организма. У некоторых больных появлялось желание писать психотерапевтические рассказы, стихи, рисовать.

**Заключение.** Краткосрочный курс варианта ТТСБ для пациентов с психосоматическими расстройствами помогает существенно смягчить тревогу, эмоциональное напряжение, прочувствовать свою индивидуальность для обретения в дальнейшем творческого стиля жизни.

**Коновалов П.Н., Задорожная О.В.**

**Пушкинская психологическая консультация, Северо-Западный  
государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург**

**ГРУППОВАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У  
ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Kononov P.N., Zadorozhnaya O.V.**

**Pushkin Psychological Counselling Service, North-Western State  
Medical University named after I.I. Mechnikov**

## **GROUP RECONSTRUCTIVE PSYCHOTHERAPY IN ONCOLOGICAL PATIENTS**

**Актуальность.** Проблема психосоматических заболеваний занимает особое место в современной психологии и психотерапии. По мнению ряда авторов, онкологические заболевания имеют также психосоматическую природу и свидетельствуют о таких особенностях личности, как наличие нарушенных зависимых взаимоотношений с близкими окружающими (Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, 2013). В ходе болезни отношения с близкими становятся еще более формальными инструментальными и зависимыми, так как пациент оказывается фактически зависим от поддержки родственников, от тех средств, которые необходимо тратить на лечение. Таким образом, по нашему мнению, действие стрессогенных факторов, которые способствовали развитию заболевания, усиливаются и обостряется, что декомпенсирует личность, оказавшуюся наедине со своим заболеванием. На сегодняшний день психотерапия у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, может выполнять паллиативные функции на терминальных стадиях, либо ставить перед собой задачи изменения отношения пациента к заболеванию.

**Цель.** Определение возможностей и границ применения реконструктивной групповой психотерапии у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

**Материал и методы.** Мы начали исследование на базе волонтерской организации «Онкозащита» среди больных, страдающих онкологическими заболеваниями и их родственников. В качестве группы контроля выступают пациенты, страдающие

онкологическими заболеваниями, но не получающие групповую реконструктивную терапию. Основным инструментом, позволяющим объективизировать результаты нашей работы, является разработанная нами базисная карта, включающая в себя общий раздел, а также психометрические шкалы для оценки тревоги (интегративный тест тревожности), профиля личности (ММРП), качества жизни (QLQ-C30), алекситимии (ТАS), копинг-стратегий (тест Лазаруса).

**Результаты.** В ходе проведения нашего исследования мы планируем получить новые знания о психологических особенностях пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, оценить эффективность групповой реконструктивной терапии с этими пациентами. А также мы планируем найти решение следующих проблем: реальная социальная зависимость пациентов от своих близких на этапе лечения (в том числе финансовая); высокая степень резистентности к психотерапевтическим воздействиям пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями.

**Заключение.** Мы считаем, что психотерапия у такой сложной категории больных, как онкологические пациенты, могла бы быть направлена на разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, что позволило бы снизить, а возможно и устранить стрессогенные факторы, способствовавшие развитию заболевания. Разрешении межличностных и внутриличностных конфликтов, по нашему мнению, позволит значительно улучшить качество жизни онкобольных, изменить отношение к миру, окружающей действительности, повысить качество жизни.

Нами разработана программа исследования, в которой бы мы хотели предложить участвовать всем заинтересованным лицам и организациям, всем кто сталкивается с онкобольными.

**ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ**

**А**

Абдурахманова С.У. – 93

Ахмедова Ш.У. – 43

**Б**

Бабарахимов С.Б. – 93

Белокрылов И.В. – 98

Белоскурская О.П. – 103

Брюхин А.Е. – 70, 72

Бутримов Д.Ю. – 18

Будза В.Г. – 67

Будникова Н.В. – 13

Бурдаков В.В. – 65

Бурно А.М. – 101

Бусыгина М.С. – 24

**В**

Валуйская Л.С. – 63

Вахрушев Я.М. – 24

Вильховая Э.П. – 63

Вишняков Ю.В. – 36

Волгина Т.А. – 96

**Д**

Десятниченко И.В. – 36

Досова С.Ю. – 34

Досуева Е.А. – 61

**Е**

Евстифеева Е.А. – 22, 34, 47, 61

Есина Е.Ю. – 10, 79

Есина М.В. – 79

**Ж**

Жиляев А.Г. – 84

**З**

Задворьев С.Ф. – 8

Задорожная О.В. – 108

Зайцева О.И. – 63

Зеленин В.А. – 24

Зуйкова А.А. – 18

Зуйкова А.К. – 18

**К**

Карпачевская Г.Ф. – 58

Качмазова М.В. – 53

Коновалов П.Н. – 108

Кононова Д.А. – 103

Котова Ю.А. – 18

Красноручная О.Н. – 18

**Л**

Лащенина Ю.А. – 53

Леушина Е.А. – 15, 21

Линева Т.Ю. – 70, 72

Любов Е.Б. – 91

**М**

Магурдумова Л.Г. – 88

Маркова И.П. – 106

Михайлова Г.М. – 58

Младшева М.В. – 31

Морозов А.М. – 55

Мурашова Л.А. – 22, 34, 61

**Н**

Нарбаева Н.Х. – 40  
Некрасова С.В. – 101  
Носачев Г.Н. – 86

**О**

Оконишников Е.В. – 70, 72

**П**

Пантюхина Я.С. – 31  
Паньков В.П. – 26  
Петровская А.Н. – 81  
Поляткина Т.С. – 13

**Р**

Ромашкина А.В. – 65

**С**

Сайдалиходжаева Д.Г. – 38  
Сатюкова О.А. – 21  
Сафронова А.И. – 65  
Сбродова Е.А. – 31  
Семиков С.В. – 98  
Соколов Е.Ю. – 88  
Страхова Н.В. – 18  
Стригина М.И. – 50  
Стригина Т.Ф. – 50  
Судейманова О.О. – 55

**Т**

Телицын В.С. – 55  
Титова Н.С. – 13  
Тихомирова Г.И. – 26, 31  
Туманова Е.В. – 63

**У**

Ушакова С.Е. – 13

**Ф**

Филиппченкова С.И. – 22, 34, 47,  
61  
Фомин А.А. – 88

**Х**

Холодин С.П. – 47

**Ч**

Чалая Е.Б. – 67  
Чалая И.В. – 67  
Чалый В.А. – 67  
Черенков А.А. – 26  
Чернова Н.С. – 13  
Чичерина Е.Н. – 15  
Чкадуа Т.З. – 53

**Ш**

Шарипов А.Р. – 58  
Шарипова Ф.К. – 43  
Шехаб Л.Х. – 22  
Шимкина Н.Ф. – 45  
Шуматова О.Э. – 31

**Я**

Якубова М. А. – 75  
Ярославская Л.И. – 81  
Ярославская М.А. – 81