

миалгия;  
полиартралгия без покраснения или припухлости суставов;  
головная боль (иная по характеру или интенсивности, чем до болезни);  
отсутствие чувства отдыха после сна  
длящееся более 24 часов недомогание после физической нагрузки.  
Лечение.

При обращении больного с синдромом хронической усталости: во-первых: больной должен знать о своей болезни, во вторых, больного периодически нужно всесторонне обследовать с целью исключения других заболеваний. В третьих, нестероидные противовоспалительные средства уменьшают головную боль, миалгию, артралгию, лихорадку.

Антидепрессанты улучшают настроение и сон, уменьшают синдром усталости.

В четвертых, больные должны получить рекомендации относительно образа жизни. Следует исключить переизбыток, употребление кофе и спиртных напитков. Необходима дозированная физическая нагрузка, поведенческая психотерапия; борьба с нарушением памяти, с апатией и отчаянием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Acneson ED. The clinical syndrome variously called benign myalgia, encephalomyelitis. J. Seland disease and epidemic neuromyositis. Am. J. Med. 26: 589, 1959
2. Bock J.H. Whelan J (eds) Ciba Foundation Symp 173, 1993
3. С Штраус. Синдром хронической усталости. Практика 2005г. 7 стр 3014-3017
4. Fukuda K et al: fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study: Ann Intern Med 121. 953, 1994

## КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ И НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ. (F 43.1. МКБ – 10)

**В.А. Сапфинова, О.М. Штанг, А.А. Зусьман**

**Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского**

Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что от 10 до 30% населения обращаются за помощью к врачам общей практики. При этом только 3% больных жалуются на чисто психические проблемы, 68,8% предъявляют только соматические жалобы и 27,6% одновременно соматические и психологические жалобы. У большинства этих больных (75%) эти расстройства приобретают хронический характер и требуют проведения определенной терапии.

Стрессовые расстройства и нарушения адаптации объединяются тем, что в их патогенезе существенную роль играет психогенный (стрессовый) фактор, т.е. воздействие психотравмирующей ситуации, различной степени выраженности и длительности. Выраженная тревожность может быть вызвана экстремальной психической травмой, с аффективно-шоковой реакцией. Они приводят к значительным изменениям в жизненном укладе, которые способствуют нарушению адаптации (травма или смерть близких людей, угроза самому больному).

Это расстройство возникает в результате пребывания в экстремальных ситуациях, катастрофах с переживаниями страха и ужаса. Хотя большую роль в развитии данных расстройств играет индивидуальная предрасположенность и уязвимость, то есть наследственные, конституциональные и личностные факторы, основной причиной этих расстройств является прямое воздействие стресса или пролонгированной психотравмирующей ситуации, без которых расстройство не могло бы возникнуть.

Тревожная реакция может возникнуть сразу после травмы (острое стрессовое расстройство), и отсрочено, протекая с рецидивами (посттравматическое стрессовое расстройство) F-43.1.МКБ-10.

Оба синдрома сопровождаются снижением психического реагирования, эмоциональной тупостью, иногда - деперсонализацией. В ряде случаев больной не может вспомнить отдельные детали психотравмирующего события, хотя в других случаях может переносить его многократно - в снах и мыслях, особенно если реальная ситуация чем-то напоминает о происшедшем. Поэтому больные активно избегают любых стимулов, вызывающих воспоминания о пережитом. Такие воспоминания вызывают

настороженность, встревоженность, испуг. У больных стрессовыми расстройствами повышен риск тревожных расстройств с расстройством адаптации, аффективных расстройств, злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами.

Состояния, отвечающие критериям посттравматического стрессового расстройства, в тот или иной период жизни наблюдаются у 5-10% населения, в общей популяции чаще страдают женщины.

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства:

А. Больной перенес психотравмирующие экстремальные воздействия, при которых он:

1. Являлся участником или свидетелем событий, сопровождаемых тяжелыми травмами, гибелью или угрозой гибели людей, либо угрозой ему самому.

2. Испытывал сильнейший страх, тревогу или беспомощность.

Б. Психотравмирующее событие многократно переживается вновь одним из следующих способов:

повторяющиеся навязчивые гнетущие воспоминания (образы, мысли, ощущения).

повторяющиеся тяжелые сновидения, включающие сны из недавних событий.

яркие повторные переживания пережитых событий (при пробуждении или при опьянении).

выраженные тревога и дискомфорт от напоминаний или намеков на пережитые события.

В. Снижение психического реагирования, стремление избегать напоминаний о пережитых событиях:

Избегание мыслей, ощущений или разговоров, связанных с пережитым;

Избегание людей мест или деятельности, вызывающих воспоминания о пережитом;

Невозможность вспомнить важные детали пережитого;

Значительное снижение интереса к важным ранее видам деятельности, неучастие в них;

Отстраненность, замкнутость;

Эмоциональная тупость (например - неспособность любить);

Чувство отсутствия будущего (нет мыслей о продвижении по службе, женитьбе, рождении детей, о нормальной продолжительности жизни)

Г. Имеются два или более из следующих симптомов постоянной повышенной возбудимости, не отмечавшейся перед травмой:

Затруднение засыпания или поддержания сна.

Раздражительность, вспышки гнева.

Нарушение концентрации внимания.

Повышенная настороженность.

Вздрагивание в ответ на обычные раздражители.

Д. Симптомы, указанные в пунктах Б,В,Г длятся больше одного месяца.

Е. Симптомы вызывают выраженный дискомфорт, нарушение жизнедеятельности и социальной адаптации.

Факторы риска посттравматического стрессового расстройства – это наличие психического заболевания в анамнезе, высокий уровень невротизма и экстраверсии.

Исследования последних лет показали, что в развитии симптомов посттравматического стрессового расстройства значительную роль играют генетические факторы.

Этиология и патогенез.

Предполагается, что при посттравматическом стрессовом расстройстве играет роль чрезмерный выброс при стрессе норадреналина и наступает постепенная генерализация реакций на любые стимулы, даже отдаленно напоминающие о психотравмирующей ситуации, стойкая фиксация в месте нейронов гипокампа и миндалевидного ядра психотравмирующих впечатлений.

Снижены серотонинергические влияния, секреция кортизола, усилен ингибирующий эффект на эту секрецию дексаметазона. У больных с посттравматическим стрессовым расстройством в период ситуаций, напоминающих стрессовую, повышается выброс норадреналина, а также снижение активности аденилатциклазы тромбоцитов.

Лечение.

Острые стрессовые расстройства проходят самостоятельно: их лечение включает в себя только короткий курс бензодиазепинов и психотерапию. Однако при

посттравматическом стрессовом расстройстве, с его хроническим рецидивирующим течением, лечение сложнее. Тревожность, симптомы вторжения (болезненные воспоминания, сновидения) и избегание поддаются лечению трициклическими антидепрессантами (амитриптилином), ингибиторами обратного захвата серотонина (паксиллом, золофтом, ципралексом). При бессоннице назначают транквилизаторы.

У части больных многие проявления посттравматического стрессового расстройства снимаются карбамазепином, препаратами вальпроевой кислоты и алпразоламом.

Задачи психотерапии при посттравматическом стрессовом расстройстве – помочь больному преодолеть подавленность, справиться с реакциями избегания и со страхом повторения психической травмы.

Наиболее эффективны методы психической десенсибилизации, при которых больной постепенно обучается спокойно вспоминать события, сопутствующие психической травме.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Стрессовые расстройства и нарушение адаптации. С.Н. Мосолов. Клиническое применение современных антидепрессантов. Медицинское информационное агентство. Санкт-Петербург 1995г. стр. 411- 415.
2. Hyman E.E. Nester E.J. Initiation and adaptation: A paradigm for understanding psychotropic drug action. *Aur. J. Psychiatry* 153 154 1996
3. Marshall R.D. Klein D.F. Pharmacotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Phsyhiatr.Amr.*25: 588
4. Вейн А.М., Голубев В.П., Колосова О.А. и др. Антikonвульсанты (карбамазепин) и атипичные бензодиазепины (клоназепам и алпразолам) в клинике нервных болезней. Под редакцией А.М. Вейна и С.Н. Мосолова 1994г., 266-316

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Е.Н.Попова, Е.А.Селиванова, О.П.Сидорова.**

**Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского**

К наследственным заболеваниям соединительной ткани относят синдром Марфана, синдром Элерса-Данло, недифференцированную дисплазию соединительной ткани и др.. Синдром Марфана, описанный впервые французским врачом Жаном Пьером Марфаном, известен более 100 лет и относится к нарушению обмена одного из компонентов морфофункционального соединительнотканного комплекса – белка коллагена.

Как известно, соединительная ткань генерализована в организме и является основой для костно-суставной, сердечно-сосудистой систем, кожи и фасций, связочного аппарата, органа зрения. Этим объясняется полисистемность поражения при синдроме Марфана – одна из важнейших характеристик наследственных заболеваний вообще, и синдрома Марфана в частности.

Для синдрома Марфана характерны следующие симптомы со стороны указанных систем организма.

Костно-суставная система: деформации грудной клетки и позвоночника, долихостеномелия, положительные пальцевые тесты, гиперподвижность в мелких суставах, ограничение разгибания локтевых суставов, черепно-лицевые особенности (гипоплазия скуловых дуг, ретрогнатия, нарушения прикуса, высокое небо и др.).

Орган зрения: чаще- нарушения зрения, реже – эктопия хрусталика.

Сердечно-сосудистая система: чаще – пролапсы клапанов с регургитацией или без, расширение легочной артерии, кальцификация митрального клапана; реже (патогномоничные признаки) – расширение восходящей части аорты с или без аортальной регургитации и вовлечением, по крайней мере, синуса Ваальса, расслоение стенки восходящей части аорты.

Дыхательная система: спонтанный пневмоторакс, верхушечный blebs (выявляемый рентгенологически).