

2. Соболев А.В., Рябыхина Г.В. // Вестник аритмологии. 2002. №26. С.21–25
3. Зарубин Ф. Е. // Вестник аритмологии. 1998. №10. С.25–30
4. Хайтун В.М., Лукошкова Е.В. // Российский физиологический журнал И. М. Сеченова. 1999. Т.85, №7.
5. Хайтун В.М., Лукошкова Е.В. // Вестник аритмологии. 2002. №26. С.10–21
6. Макаров Л.М., Комолятова В.Н., Горлицкая О.В., Казанцева М.А. // Кардиология, 2005, №4, С. 21–26.
7. Bigger JT, Fleiss JL, Steinman RC et al. Frequency domain measures of heart period variability and mortality after myocardial infarction. *Circulation* 1992; 85: 164–71.
8. Михайлов, В. П. // Вестник аритмологии. 2003 N31 С.37–40
9. Довгалецкий П. Я. // Вестник аритмологии 2001. N23. С. 24–27

INDICATORS OF THE SPECTRAL ANALYSIS AND TRADITIONAL PARAMETERS OF VARIABILITY OF THE CARDIAC RHYTHM AT PATIENTS AFTER RECONSTRUCTIVE CARDIOINTERVENTION.

I.V. MINAKOVA, N.E. MINAKOVA, A.A. DUBACHEV

Voronezh State Medical Academy named by N.N. Burdenko
Chair of hospital therapy

The data are given of investigation of the heart rate variability obtained in the ECG Holter monitoring, as well as the functional tests at patients with heart diseases compared with those of control group. The role of frequency domain analysis for physiological interpretation of special indices of 5-minute recordings is shown. The informational value of general and additional spectral indices of the heart rate variability was determined.

Key words: holter monitoring, cardiac rhythm, spectral analysis, cardiointervention.

УДК 616.12-052-06:616.8-008.454:625.1/.5

АКТИВАЦИЯ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ И ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМОЧУВСТВИЕ-АКТИВНОСТЬ-НАСТРОЕНИЕ, КАК АКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

В.Н. ПЛОХОВ, С.И. ЧЕРНОВА, Е.Е. АВЕРИН, И.А. ЗБОРОВСКАЯ*

Изучены показатели самочувствие-активность-настроение и уровень провоспалительных цитокинов у больных хронической сердечной недостаточностью, обусловленной артериальной гипертензией, сочетанием артериальной гипертензии с атеросклерозом магистральных артерий и ИБС. Среди больных с низкими показателями самочувствие-активность-настроение преобладают пациенты с ИБС. Выявлена взаимосвязь между показателями самочувствия, активности, настроения и изменением профиля цитокинов у больных ХСН. Больные с низкими показателями самочувствие-активность-настроение и повышенным уровнем провоспалительных цитокинов имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Имелась тенденция к более быстрой нормализации у мужчин эмоциональных и иммунологических показателей.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, показатели самочувствие-активность-настроение, провоспалительные цитокины.

Отношение пациента к хроническому заболеванию оказывает значительное влияние на течение болезни [4]. Общее самочувствие определяет субъективную оценку здоровья. Большинство пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) не удовлетворены своей как физической, так и социальной активностью [5]. Зачастую, свою неудовлетворенность они относят на «тяготы» лечения заболевания, перенося этот негатив на процесс общения с врачом, выполнение его назначений. В свою очередь, это приводит к невозможности полноценного сотрудничества больного с врачом, выражающееся в несоблюдении лечебно-охранительных режимов, регулярности приема и полноты списка назначенных лекарственных препаратов. Уровень активности может характеризовать влияние ограничений заболевания на повседневную деятельность пациента, являясь частью понятия качества жизни. Кроме того, настроение – это та эмоциональная основа, на которой строится не только общение пациента с врачом, но и оценка им своих перспектив.

Ухудшение самочувствия, снижение активности и настроения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью приводит к повышению уровня стресса у этой категории больных [6,8]. Хорошо известен факт влияния хронического стресса на гиперактивацию нейрогуморальных систем. Симпато-адреналовая и ренин-ангиотензин-альдостероновая системы тесно взаимосвязаны с цитокиновой системой организма [3,10,11]. Их взаимное потенцирование вызывает иммунологические расстройства и оказывает негативное влияние на течение всех без исключения сердечно-сосудистых заболеваний [1,2,7,9]. Хроническая сердечная недостаточность является конечной точкой сердечно-сосудистого континуума. Дисбаланс иммунологических медиаторов, в первую очередь провоспалительных цитокинов, при этой патологии имеет наиболее важное значение для неблагоприятного прогноза. Гиперцитокинемия у больных ХСН с эмоциональными расстройствами является маркером активации нейрогуморальных систем и может отражать выраженность стресса у этих пациентов [5,12]. В связи с чем представляло интерес изучение эмоциональных расстройств и содержания провоспалительных цитокинов при отдельных нозологических формах, являющихся причиной развития ХСН.

Цель исследования – изучение показателей самочувствия, активности, настроения и профиля цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α у больных ХСН, уточнение взаимосвязи между содержанием провоспалительных цитокинов и эмоциональными нарушениями, определение выраженности и распространенности этих нарушений, выработка терапевтических стратегий для коррекции выявленных изменений.

Материалы и методы исследования. Изменение самочувствия, активности, настроения и содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α изучалось у 200 работников железнодорожного транспорта, находящихся на диспансерном наблюдении в поликлинике №1 Отделенческой клинической больницы на станции Волгоград-1 по поводу ХСН 1-3 функциональных классов (ФК). У 64 больных (32,3%) ХСН была обусловлена артериальной гипертензией, у 67 больных (33,7%) артериальная гипертензия сочеталась с атеросклерозом магистральных артерий, у 69 (35,5%) больных ХСН была связана с ИБС различной степени тяжести. Исследование уровней цитокинов проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Клинические проявления сердечно-сосудистой патологии оценивались общепринятыми инструментальными методами исследования, включая суточное мониторирование АД и ЭКГ, эхокардиографию, нагрузочные пробы. Для выявления изменений артериальной стенки, связанных с процессами атеросклероза, использовался метод ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий в режиме дуплексного сканирования. Для объективизации эмоциональных нарушений применяли тест самочувствие-активность-настроение (САН). Эта методика, разработанная еще в 1973 году, не только не утратила своей актуальности, но и доказала свою валидность в огромном количестве исследований.

Результаты и их обсуждение. Перед изучением уровня цитокинов у больных ХСН было определено их содержание у лиц без сердечно-сосудистых заболеваний. Средний уровень ИЛ-1β в контрольной группе оказался равным 3,2±0,12 пг/мл, ИЛ-6 – 4,25±0,21, и ФНО-α – 7,19±0,26 пг/мл. У больных ХСН повышенное содержание ИЛ-1β выявлено у 132 (66,0%), ИЛ-6 – у 130 (65,4%), ФНО-α – у 133 (66,5%) человек. Средние значения их составили 17,68±1,88, 19,27±1,43 и 23,37±2,07 пг/мл соответственно. При этом у больных с ХСН, обусловленной артериальной гипертензией, содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α составило 8,9±2,45 пг/мл, 10,8±2,32 пг/мл и 13,6±2,78 пг/мл. У больных ХСН с атеросклерозом магистральных артерий шеи содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α составило 14,7±2,58 пг/мл, 15,8±2,26 пг/мл и 14,6±2,56 пг/мл. У больных с ИБС содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α составило 18,6±1,65 пг/мл, 19,7±2,22 пг/мл и 23,5±2,28 пг/мл.

Уровень самочувствия в среднем по группе при старте исследования был 30,6±3,7 балла, что находится на грани с низкой оценкой. 84 пациента (42,0%) имели уровень самочувствия ниже 30 баллов, что соответствует негативной оценке своего здоровья. У 101 участников исследования (50,4%) был средний уровень самочувствия и лишь у 15 больных (7,6%) была высокая оценка своего самочувствия. Это означает, что почти половина пациен-

* НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД», г. Волгоград, ул. Коммунистическая 7, контактный телефон 89061652682, E-mail: sichemova@yandex.ru

тов имели негативную оценку самочувствия, связывая ее с проводимым лечением. Эта группа больных потенциально готова писать жалобы, выплескивать свои негативные эмоции на врачей. Это так же приводит к низкой приверженности к лечению и усугублению ситуации. В группе больных с негативной оценкой своего самочувствия преобладали пациенты с ХСН, обусловленной ИБС (64,3%). Содержание всех провоспалительных медиаторов у больных с низкой оценкой своего здоровья было выше, чем в группе пациентов с высокой оценкой своего самочувствия ($p < 0,001$). В конце исследования произошло повышение уровня самочувствия до $41,2 \pm 5,1$ балла. Высокая оценка самочувствия (50 и более баллов) по окончании исследования была выявлена у 25 человек (12,6%). Важным является то, что число пациентов с низкой оценкой самочувствия снизилось до 13 (6,7%) больных. Это соотносится количеством пациентов, у которых в процессе лечения появилась тенденция к нормализации профиля цитокинов. Все пациенты с сохранившейся негативной оценкой своего самочувствия и с высоким уровнем провоспалительных цитокинов имели ХСН, обусловленную ИБС. Уровень самочувствия у мужчин на старте исследования был $34,4 \pm 2,0$ балла. Из них 23,1% имели низкий уровень самочувствия, у 65,4% участников исследования был средний уровень самочувствия. Только у 11,5% мужчин была высокая оценка своего самочувствия. По окончании исследования у мужчин произошло увеличение оценки самочувствия до $41,2 \pm 4,6$ балла. Количество пациентов мужчин с высокой оценкой самочувствия не изменилось. Остальные мужчины свое самочувствие отметили как среднего уровня. Таким образом, к концу исследования не осталось ни одного мужчины с низким уровнем самочувствия. У женщин уровень самочувствия при включении в исследование был $29,5 \pm 4,1$ баллов. Это тревожный сигнал о том, что в среднем по группе женщин была низкая оценка своего самочувствия. У 47,3% женщин был низкий уровень самочувствия. Высокий уровень этого параметра был только у 6,5% женщин. У остальных 46,2% женщин был средний уровень оценки своего самочувствия.

У женщин уровень самочувствия по окончании исследования стал $41,4 \pm 8,9$ баллов. У 8,6% женщин остался низкий уровень самочувствия. Высокий уровень этого параметра стал у 12,9% пациенток. У остальных 78,5% остался средний уровень оценки своего самочувствия. Следует отметить, что не было выявлено различий в содержании провоспалительных цитокинов у мужчин и женщин в начале исследования, однако у мужчин изменение общеклинических и иммунологических показателей после лечения было более выраженным ($p < 0,001$).

Показатель активности, как и самочувствия, при включении в исследование в среднем по группе составил $32,2 \pm 13,0$ балла, т.е. находился на грани с низкой оценкой. 82 пациента (41,2%) имели уровень активности 30 баллов и ниже, что соответствует негативной оценке своей повседневной активности. Только у 8 больных (4,2%) была высокая оценка своей активности и у 109 участников исследования (54,6%) был средний уровень активности. В конце исследования произошло повышения активности до $43,2 \pm 9,1$ балла. Количество больных с высокой оценкой активности по окончании исследования выросло до 48 человек (24,4%). При этом число пациентов с низкой оценкой активности снизилось до 13 (6,7%) больных. Среди пациентов с низкой активностью доля пациентов с ИБС составила 54,7%, а среди пациентов с высокой активностью была максимальная доля больных с артериальной гипертензией (79,5%). У больных с низкой активностью содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α составило $18,2 \pm 2,45$ пг/мл, $16,8 \pm 1,37$ пг/мл и $19,4 \pm 2,56$ пг/мл, что достоверно превышало показатели пациентов с высокой активностью ($p < 0,001$).

Средний уровень активности у мужчин при включении в исследование был $35,6 \pm 3,0$ балла. 19,2% мужчин имели низкий уровень активности. Только у 11,5% мужчин была высокая оценка своей активности и 69,3% участников исследования отметили, что имеют средний уровень активности. По окончании исследования у мужчин произошло увеличение оценки активности до $42,2 \pm 3,6$ балла. Закончили исследования все мужчины со средней оценкой активности.

У женщин уровень активности при включении в исследование был $31,3 \pm 12,9$ баллов. У 45,2% женщин был низкий уровень активности. Высокий уровень этого параметра был только 2,2% женщин. У остальных 52,6% женщин был средний уровень оцен-

ки своей активности. В конце исследования активность возросла до $43,5 \pm 10,1$ баллов. У 8,6% женщин остался низкий уровень активности. Высокий уровень этого параметра стал у 31,2% пациенток. У остальных 60,2% женщин остался средний уровень оценки своей активности.

Общезвестный факт, что если мы положительно относимся к своему состоянию, то болезнь протекает легче. В связи с этим оценка настроения является неотъемлемой частью обследования больного в поликлинических условиях. В начале исследования уровень настроения в среднем по группе был $36,8 \pm 11,5$ балла. 59 пациентов (29,4%) имели уровень настроения 30 баллов и ниже. Получается, что практически треть пациентов приходит на прием врача с негативным настроением. У 20 больных (10,0%) была высокая оценка своего настроения. У 121 участника исследования (60,5%), был средний уровень настроения. В группе пациентов с низким настроением 61,3% пациентов имели ХСН, обусловленную ИБС.

Содержание провоспалительных цитокинов в группе больных с низким настроением имело характер тенденции к увеличению по сравнению с группой с высоким настроением, но не достигало степени статистической достоверности.

В конце исследования произошло повышения настроения до $46,2 \pm 7,4$ балла. Количество больных с высокой оценкой настроения по окончании исследования выросло до 62 человек (31,1%). Отрадным был тот факт, что число пациентов с низкой оценкой активности снизилось до 13 (6,7%).

Средний уровень настроения у мужчин при включении в исследование был $40,4 \pm 8,7$ балла. 11,5% мужчин имели низкий уровень настроения. Только у 23,1% мужчин была высокая оценка своего настроения и у 65,4% участников исследования был средний уровень настроения. По окончании исследования у мужчин произошло увеличение оценки настроения до $46,5 \pm 3,4$ балла. С высокой оценкой стало 34,6% мужчин, а остальные 65,4% пациентов оценили свое настроение как среднее. Важно отметить, что по окончании исследования не было мужчин с низкой оценкой настроения.

У женщин уровень настроения при включении в исследование был $35,7 \pm 12,0$ баллов. У 34,4% женщин был низкий уровень настроения. Высокий уровень этого параметра был только 6,5% женщин. У остальных 59,1% женщин был средний уровень оценки своего настроения. Следует отметить, что не было выявлено различий в содержании провоспалительных цитокинов у мужчин и женщин в начале исследования, ($p < 0,001$). По окончании исследования имела место тенденция к более отчетливой нормализации у мужчин не только эмоциональных параметров, но и иммунологических показателей ($p < 0,001$).

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует, что практически половина пациентов с хронической сердечной недостаточностью не удовлетворены своей как физической, так и социальной активностью и имеют негативную оценку своего состояния. Две трети пациентов с ХСН имеют повышенный уровень провоспалительных цитокинов. Среди больных с низкими показателями самочувствие-активность-настроение преобладают пациенты с ИБС. Выявлена взаимосвязь между показателями самочувствия, активности, настроения и изменением профиля цитокинов у больных ХСН. Больные с низкими показателями самочувствие-активность-настроение и повышенным уровнем провоспалительных цитокинов имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Выявлена тенденция к более быстрой нормализации у мужчин эмоциональных и иммунологических показателей. Низкий уровень настроения у женщин может служить негативным фактором, отражающимся на приверженности к назначенной терапии. В связи с тем, что уровень цитокинов у больных ХСН взаимосвязан с эмоциональными параметрами, является важным использование у группы пациентов с выраженными изменениями цитокинового профиля лекарственных препаратов, которые помогают улучшить психологическое самочувствие пациентов.

Литература

1. Агеев Ф.Т., Овчинникова А.Г., Мареев В.Ю. Эндотелиальная дисфункция и сердечная недостаточность: патогенетическая связь и возможности терапии иАПФ. Consilium Medicum. 2001; 3(2), 61–65

2. Насонов Е.Л., Самсонов М.Ю., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. 1999. №3. С. 66–73.

3. Пальцев М.А. Цитокины и их роль в межклеточных взаимодействиях // Арх. Пат. 1996. Т. 58. № 6. С. 1–6.

4. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. Москва, 2000: 131–133.

5. Bush D.E., Ziegelstein R.C., Tayback M. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality after acute myocardial infarction // Am. J. Cardiol. 2001. Vol. 88. P. 337–341.

6. Boldoueva S., Shabrov A., Trofimova O., Zhuk V. The influence of psychological factors on heart rate variability after myocardial infarction // Europ. Heart J. 2003. Vol. 24. P. 947.

7. Blum A., Miller H. Role of cytokines in heart failure // Am. Heart J. 2006. Vol. 135. P. 181–186.

8. Carney R.M., Freedland K.E., Rich M.W. et al. Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease // Am. J. Med. 1993. Vol. 95. P. 2328.

9. Pasqui A.L., Bova G., Maffei S., Auteri A. Immune factors in atherosclerosis // Ann Ital Med Int. 2005 Apr-Jun; 20(2) P. 81–9.

10. Reiner Z., Tedeschi-Reiner E. New information on the pathophysiology of atherosclerosis // Lijec Vjesn. 2001 Jan-Feb; 123(1–2) P. 26–31.

11. Takahashi K., Takeya M., Sakashita N. Multifunctional roles of macrophages in the development and progression of atherosclerosis in humans and experimental animals // Med Electron Microsc. 2002 Dec; 35(4) P. 179–203.

12. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychiatr Scand. 1983; 67: 361–370.

ACTIVATION OF CYTOKINE SYSTEM AND CHANGE OF INDICATORS STATE OF HEALTH-ACTIVITY-MOOD, AS THE FACTORS INFLUENCING DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS AT WORKERS OF THE RAILWAY TRANSPORTATION

V.N. PLOHOV, S.I. CHERNOVA, E.E. AVERIN, I.A. ZBOROVSKAYA

Clinical hospital at Open Society «RZHD» on station Vologorad-I

Indicators state of health-activity-mood and level of proinflammatory cytokines in patient of the chronic heart failure caused by an arterial hypertension, a combination of an arterial hypertension to an atherosclerosis of the main arteries and an ischemic heart disease are studied. Among patients with low indicators state of health-activity-mood patients from an ischemic heart disease prevail. The interrelation between indicators of state of health, activity, mood and change of a profile of cytokines at patients is taped. Patients with low indicators state of health-activity-mood and the raised level of proinflammatory cytokines have high risk of development of cardiovascular complications. There was a tendency to faster нормализации for men of emotional and immunologic indicators.

Key words: a chronic heart failure, indicators state of health-activity-mood, proinflammatory cytokines.

УДК 616.89-071:37

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.Н. ПОДВИГИН*

Рассмотрены особенности проявлений негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита у больных паранойдной шизофренией с коморбидной артериальной гипертензией. Сделан вывод о том, что коморбидность шизофрении и артериальной гипертензии увеличивает выраженность как негативных расстройств, так и нейрокогнитивного дефицита.

Ключевые слова: шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, артериальная гипертензия

В последние годы внимание исследователей привлекает третья составляющая симптоматики шизофрении – нейрокогнитивный дефицит (НКД). Показано [1], что уровень социальной адаптации больных в большей мере определяется выраженностью НКД, чем других симптомов заболевания. Нейрокогнитивный дефицит тесно взаимосвязан с негативной симптоматикой и

первоначально рассматривался как один из ее компонентов. Артериальная гипертензия (АГ) – частая форма сопутствующей патологии у пациентов с шизофренией [4]. Поскольку адекватное лечение АГ получают менее четверти пациентов [3], данное заболевание закономерно осложняется дисциркуляторной энцефалопатией, ведущими симптомами которой являются когнитивные и эмоционально – волевые расстройства.

Наличие АГ способно усугублять НКД, обусловленный шизофренией, а тем самым – и социальную дезадаптацию пациентов. С другой стороны, поскольку когнитивный дефицит, обусловленный АГ, до некоторой степени обратим при достижении медикаментозного контроля артериального давления (АД), адекватное лечение АГ у пациентов с шизофренией способно снижать выраженность НКД. Данные об особенностях проявлений негативных расстройств (НР) и НКД у больных шизофренией с коморбидной АГ в доступной литературе отсутствуют, что определяет актуальность их изучения.

Цель исследования – охарактеризовать особенности проявлений НР и НКД у больных шизофренией с коморбидной АГ, с использованием общепринятых методик количественной оценки.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие амбулаторные больные паранойдной шизофренией, удовлетворяющие следующим критериям включения: 1. Диагноз шизофрении установлен в соответствии с критериями МКБ-10, 2. Возможность личного обследования при очередном посещении диспансера, 3. Наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения были следующими: 1. Нарушения контакта с пациентом, не позволяющие провести обследование с использованием нейропсихологических методик, 2. Текущее или перенесенное неврологическое заболевание, кроме дисциркуляторной энцефалопатии. 3. Пациенты, признанные недееспособными в установленном порядке. 4. Хронические соматические заболевания (исключая АГ) в стадии декомпенсации.

Указанным критериям включения / исключения соответствовало всего 369 пациентов. Из этого количества 100 пациентов, имеющих сопутствующий диагноз АГ, подтвержденный медицинской документацией, составили основную группу, а 230 пациентов, не имевших указанного сопутствующего диагноза и не обнаружившие повышенных значений АД при обследовании, – контрольную группу. У 39 пациентов без сопутствующего диагноза АГ на момент включения в исследование были выявлены значения АД > 140/90 мм рт.ст. Данные больные были направлены на дообследование и в выборку исследования не вошли. Таким образом, общий объем выборки составил 330 пациентов. Больные однократно обследовались с использованием клинико-психопатологического метода, шкалы оценки выраженности негативных расстройств SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), методик оценки выраженности НКД – теста Струпа, теста речевой беглости и теста «10 слов». Указанные методики использовались в русскоязычной адаптации по [2]. При клинико-психопатологическом исследовании определялся тип НР в рамках одного из 4 вариантов – астенический, апато-абулический, психопатоподобный, псевдоорганический. При оценке выраженности НР определялись следующие показатели шкалы SANS: общий балл аффективного уплощения (AF) – от 0 до 35; общий балл алогии (AL) – от 0 до 20; общий балл абупии – апатии (APB) – от 0 до 15; общий балл ангедонии – асоциальности (ANS) – от 0 до 20; общий балл нарушения внимания (AD) – от 0 до 10; сумма оценок всех признаков (SUM) – от 0 до 100. Обобщенные глобальные оценки признаков не определялись в связи с их субъективным характером.

Выбор методик оценки НКД был связан с тем, что данные тесты, в отличие от многих других, имеют контрольные показатели, позволяющие дифференцировать НКД в рамках шизофрении и когнитивные расстройства иной этиологии. Определялись следующие показатели: время выполнения первой карты теста Струпа (TS1) – контрольный показатель, отражающий неспецифические нарушения внимания; время выполнения второй карты теста Струпа (TS2) и число ошибок во второй карте (MS) – специфические для шизофрении показатели нарушения селективности внимания; число произнесенных слов (NVFT1) и число ошибок (MVFT1) в первой части теста речевой беглости – контрольные показатели, отражающие неспецифические нарушения, соответственно, темпа психических процессов и переключаемости внимания; число произнесенных слов (NVFT2) и число оши-

* Кафедра психиатрии с наркологией, ГОУ ВПО «Воронежская ГМА имени Н.Н.Бурденко», 394071, г. Воронеж, ул. 20 лет Октября, 73, к.33, тел. (4732) 71-55-22