

по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005. – №8. – С.38-44.

6. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. – №3. – С.28-37.

7. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. – 2010. – №3. – С.5-26.

8. Beusterien K.M., Steinwald B., Ware J.E.Jr. Usefulness of the SF-36 Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly // J. Geriatr. Psychiatry and Neurol. – 1996. – Vol. 9. Suppl. 1. – P.13-21.

9. Huikuri H.V., Ylitalo A., Pikkujämsä S.M., et al. Heart rate variability in systemic hypertension // Am. J. Cardiol. – 1996. –

№12. – P.1073-1077.

10. Mancia G., Parati G. The role of blood pressure variability in end-organ damage // J. Hypertens. – 2003. – №6. – P.17-23.

11. Parati G., Pompidossi G., Albini F., et al. Relationship of 24-hour blood pressure mean and variability and severity of target-organ damage in hypertension // J. Hypertens. – 1987. – №1 – P.93-98.

12. Paterniti S., Alperovitch A., Ducimetiere P., et al. Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of French elderly // Psychosom. Med. – 1999. – №1. – P.77-83.

13. Zellweger M.J., Osterwalder R.H., Langewitz W., Pfisterer M.E. Coronary artery disease and depression // Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 1. – P.3-9.

14. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiat. Scand. – 1983. – №6. – P.361-370.

Информация об авторах: Федоришина Ольга Васильевна – ассистент кафедры, к.м.н., 664049, Иркутск, м/р

Юбилейный, 100, e-mail: olff@mail.ru; Протасов Константин Викторович – профессор кафедры, декан терапевтического факультета, д.м.н.; Кузнецов Сергей Германович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.

© МУНХЖАРГАЛ Б., ПЕТРУНЬКО И.Л., ЦЭРЭНДАШ Б. – 2013

УДК 616.33/342-002.44: [616.33-02:616.149-008.341.1]: 616.34-004] (517.3)

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИОННОЙ ГАСТРОПАТИЕЙ В МОНГОЛИИ

Баасан Мунхжаргал¹, Ирина Леонидовна Петрунько¹, Бат-Улзий Цэрэндаш²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской экспертизы, зав. – д.м.н., доц. И.Л. Петрунько; ²Монгольский научно-исследовательский институт медицины имени Т. Шагдарсурина, директор – д.м.н., проф. Н. Баасанжав, кафедра внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Б. Цэрэндаш)

Резюме. При эндоскопическом исследовании слизистой оболочки желудка 933 больных циррозом печени, находившихся на стационарном лечении в гепатологическом отделении 3-ей клинической больницы г. Улан-Батора (Монголия) в 2008-2010 гг., выявлено эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны у 283 (30,3%) больных. Оно чаще отмечалось у больных циррозом печени с портальной гипертензионной гастропатией (ПГТ) (у 75 из 170 (44,1%)), чем в группе сравнения без ПГТ (у 208 из 763 (27,3%), 8,748, p=0,003). При изучении гендерных особенностей в 2-х указанных группах установлено, что у женщин эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны при циррозе печени на фоне ПГТ выявлялось чаще, чем без ПГТ (39,3% и 21,3% соответственно, p=0,01), что не подтвердилось у мужчин. На фоне ПГТ у больных циррозом печени класса В по Child-Pugh чаще наблюдались эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны по сравнению с больными аналогичного класса без ПГТ: у 37 (45,7%) из 81 и у 84 (23,2%) из 362 соответственно (p 0,005). При других классах цирроза печени по Child-Pugh такой зависимости не выявлено. При изучении зависимости частоты эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки от тяжести ПГТ установлено, что они выявлялись чаще при ПГТ тяжелой степени (в 65,7% против 33,3% при легкой). Нами не выявлено значимых различий в размерах и количестве язв у больных циррозом печени с ПГТ и без ПГТ. Язвенное кровотечение на фоне ПГТ было у 20,0%, без ПГТ – у 19,7% больных циррозом печени классов В и С по Child-Pugh с язвами. Различий в частоте язвенных кровотечений между группами больных с ПГТ и без ПГТ и В и С классами по Child-Pugh не обнаружено (p>0,05).

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензионная гастропатия, эрозия, язва.

EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF GASTRODUODENAL PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS OF PORTAL HYPERTENSIVE GASTROPATHY IN MONGOLIA

B. Munkhjargal¹, I.L. Petrunko¹, B. Serendash²

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia; ²Mongolian Scientific-Research Institute of Medicine named after T. Shagdaruren, Mongolia)

Summary. In endoscopic examination of the gastric mucosa in 933 patients with cirrhosis, who were treated at the Department of Hepatology third hospital in Ulan Bator (Mongolia) in 2008-2010, erosive-ulcerative lesions of the gastroduodenal zone were detected in 283 (30,3%) patients. It was more common in patients with liver cirrhosis with portal hypertensive gastropathy (PHG) (in 75 of 170 (44,1%) than in the comparison group without PHG (in 208 of 763 (27,3%), 8,748, p=0,003). The study of gender features in 2 of these groups found that in women erosive and ulcerative lesions of gastroduodenal cirrhosis of the liver on the background of the PHG were detected more frequently than those without PHG (39,3% and 21,3%, respectively, p=0,01), that was not confirmed in men. On the background of PHG in patients with cirrhosis of the liver Class B Child-Pugh erosive and ulcerative lesions of gastroduodenal were revealed more often as compared with those of similar class without PHG: in 37 (45,7%) of 81 and 84 (23,2%) of 362, respectively (p 0,005). In other classes of liver cirrhosis on Child-Pugh such dependence was not revealed. In the study of the dependence of erosions and ulcers of the stomach and duodenum on the severity of PHG it was found they were detected more frequently in severe PHG (in 65,7% vs. 33,3% for mild.) We have not found significant differences in the size and number of ulcers among patients with cirrhosis with and without PHG. Ulcer bleeding in the PHG was revealed in 20,0%, without PHG – 19,7% of patients with cirrhosis of classes B and C on the Child-Pugh with ulcers. Differences in the incidence of ulcer bleeding between the groups

of patients with and without PHG and B and C classes on the Child-Pugh were found ($p>0,05$).

Key words: liver cirrhosis, portal hypertensive gastropathy, erosion, ulcer.

Причины образования эрозий и язв у больных циррозами печени до конца не изучены, а по особенностям эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны при циррозе печени с портальной гастропатией (ПГГ) имеются только единичные исследования. Факторами, способствующими развитию гепатогенных язв, являются застой крови в венозной системе гастродуоденальной зоны, изменение химизма крови, снижение потребления кислорода тканями желудка и двенадцатиперстной кишке (ДПК) с развитием ишемии их стенок на фоне ацидемии, в меньшей степени играет роль кислотно-пептический фактор [4]. По данным В.В. Цуканова и соавт. (2007), язвенные и эрозивные дефекты гастродуоденальной зоны были выявлены у 31,9% [3], а Г. Успанова (2006) обнаружила гастродуоденальные гепатогенные язвы у 54,9% больных циррозом печени, причем в 59,5% они локализовались в желудке [4]. В других исследованиях язвы встречались на фоне цирроза печени гораздо реже и локализация их в желудке из 110 больных была у 8, а в ДПК – у 10 [9].

Выявлена корреляция частоты язвенных дефектов гастродуоденальной зоны со стадией компенсации цирроза печени, а именно чаще они выявлялись при классе В по Child-Pugh [1]. По данным Р. Svoboda и соавт., гастродуоденальные язвенные кровотечения были у 18,2% больных циррозом печени [11]. Они регистрировались только у больных декомпенсированным циррозом печени, имевших стадию С по Child-Pugh [1].

По мнению S. Kitano и соавт. (2000), эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются одним из проявлений портальной гипертензии [10]. У больных циррозом печени наблюдалась связь язвенных дефектов гастродуоденальной зоны с ПГГ. Зависимости их от *Helicobacter pylori* инфекции не установлено, а употребление алкоголя способствовало возникновению гастродуоденальных эрозий [5]. По данным С.В. Мардарьевой (2007), эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка воспалительного генеза обнаруживались только у больных циррозом печени на фоне ПГГ тяжелой степени [2].

Таким образом, недостаточно изучены особенности эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени в сочетании с портальной гипертензионной гастропатией, в том числе с язвенными кровотечениями, а в Монголии такие исследования не проводились.

Цель исследования: изучить особенности эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени в сочетании с портальной гипертензионной гастропатией в Монголии.

Материалы и методы

В исследование было включено 933 больных циррозом печени, находившихся на стационарном лечении в гепатологическом отделении 3-ей клинической больницы г. Улан-Батора в 2008-2010 гг. Для оценки состояния слизистой оболочки пищевода, желудка, ДПК всем больным проводили видеоэзофагогастродуоденоскопию по стандартной методике с использованием аппарата PENTAX-EG-2770K. Оценивались

локализация эрозивно-язвенных поражений, размеры язв, а кровотечения из них – по классификации J.A. Forrest (1974) [8], выраженность ПГГ – по Baveno III (2000) [7]. Для оценки стадии компенсации цирроза печени использовали классификацию Child-Pugh (1964) [6]. Больные были разделены на 2 группы: с наличием ПГГ и без нее (группа сравнения).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась по критерию с использованием статистического пакета BIOSTAT. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны отмечено у 283 (30,3%) из 933 больных циррозом печени. С ПГГ из них было только 170 (18,2%) больных, в этой группе эрозии и язвы выявлены у 75 (44,1%). В группе сравнения из 763 больных без ПГГ эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны обнаружено статистически значимо реже – у 208 (27,3%) 8,748, $p=0,003$.

Как в группе больных с ПГГ, так и в группе без ПГГ, преобладали женщины (52,4% и 52,7%). При циррозе печени с ПГГ эрозии-язвы были у 40 (49,4%) из 81 мужчины и у 35 (39,3%) из 89 женщин ($p>0,05$). При ЦП без ПГГ эрозии-язвы были у 122 (33,8%) из 360 мужчин, у 86 (21,3%) из 403 женщин ($p>0,05$), т.е. зависимости их частоты от пола не выявлено в обеих группах больных. Мы также сравнили частоту эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у мужчин с ПГГ и без нее, оказалось, что различия не значимы ($p>0,05$). При сравнении частоты эрозий и язв у женщин двух указанных групп установлена их большая частота у женщин с ПГГ (39,3% и 21,3%, $p=0,01$). Таким образом, у женщин эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны при циррозе печени на фоне ПГГ выявлялось чаще, чем без ПГГ, что не подтвердилось у мужчин.

При анализе частоты эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны в зависимости от степени компенсации цирроза печени по Child-Pugh оказалось, что эрозии и язвы при ПГГ на фоне цирроза печени класса А были у 5 (41,7%) из 12, а без ПГГ – у 31 (44,3%) из 70 ($p>0,05$), при классе В – у 37 (45,7%) из 81 и у 84 (23,2%) из 362 ($p=0,005$), при классе С – у 33 (42,9%) из 77

Таблица 1

Эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны у больных с ПГГ и без ПГГ в зависимости от степени компенсации цирроза печени по критериям Child-Pugh

Стадии компенсации цирроза печени	Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны при циррозе печени с ПГГ	Эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны при циррозе печени без ПГГ	p 1-2
	1	2	
n - всего человек	170	763	8,748, p 0,003
из них с эрозивно-язвенным поражением (чел.)	75	208	
класс А по Чайльд-Пью	12	70	02 p 0,887.
n всего человек	5	31	
из них с эрозивно-язвенным поражением (чел.)	81	362	χ^2 7,955 p 0,005
класс В по Чайльд-Пью	37	84	
n - всего человек	77	331	χ^2 2,720 p=0,099.
из них с эрозивно-язвенным поражением (чел.)	33	93	

и у 93 (28,1%) из 331 больных ($p=0,099$) соответственно (табл. 1). Таким образом, на фоне ПГГ у больных цирро-

Таблица 2

Локализация эрозий и язв гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени с ПГГ и без ПГГ, больных (%) (n=283)

Локализации эрозий и язв	Локализация эрозий и язв у больных циррозом печени с ПГГ (n=75)	Локализация эрозий и язв у больных циррозом печени без ПГГ (n=208)	p 1-2
Желудок (человек) в т.ч.:	69	182	0,025 p=0,874
Антральный отдел (n=156)	51(68,0 %)	105 (50,5 %)	χ^2 1,594 p=0,207
Тело (n=61)	13 (17,3 %)	48 (23,1 %)	χ^2 0,176 p=0,675
Кардиальный и субкардиальный отделы (n=34)	5(6,6%)	29 (13,9%)	χ^2 1,657 p=0,198
Луковица двенадцатиперстной кишки (n=32)	6 (8,1 %)	26 (12,5 %)	χ^2 0,544 p=0,461

зом печени класса В по Child-Pugh чаще наблюдались эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны по сравнению с больными аналогичного класса без ПГГ. При других классах цирроза печени по Child-Pugh такой зависимости не выявлено.

Изучена локализация эрозий и язв гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени. Эрозивно-язвенное поражение в большинстве случаев было в желудке: у 251 больных (88,7%) и только у 32 (11,3%) – в луковице ДПК (χ^2 11 p<0,0001). В желудке преобладали эрозии и язвы в антральном отделе (у 156 больных – 55,1%), тогда как в теле желудка они были только у 61 (21,5%), а в кардиальном и субкардиальном отделе – у 34 (12,1%) больных.

При ПГГ на фоне цирроза печени чаще эрозивно-язвенное поражение было также в желудке (у 69 больных – 92,0%) и только у 6 чел. – в ДПК, все – в луковице (8,0%) (χ^2 3 p<0,0001). При этом в желудке преобладали эрозии и язвы в антральном отделе – у 51 (73,9%), тогда как в теле желудка они были только у 13 (18,8%), а в кардиальном и субкардиальном отделе – у 5 (7,3%) больных. При циррозе печени без ПГГ также чаще эрозивно-язвенное поражение было в желудке (у 182 больных – 87,5%) и у 26 чел. (12,5%) – в ДПК (χ^2 8 p<0,001). В желудке преобладали эрозии и язвы в антральном отделе – у 105 (50,5%), в теле желудка они были у 48 (23,1%), а в кардиальном и субкардиальном отделе – у 29 (13,9%) больных. Различий в локализации эрозий и язв гастродуоденальной зоны у больных с ПГГ и без ПГГ при циррозе печени не выявлено (табл. 2).

Проанализированы размеры и количество язв гастродуоденальной зоны у больных двух указанных групп (табл. 3). Нами не выявлено статистически значимых различий в размерах и количестве язв у больных циррозом печени с ПГГ и без ПГГ.

Изучена зависимость частоты эрозий и язв гастродуоденальной зоны от тяжести ПГГ. Установлено, что эрозивно-язвенное поражение желудка выявлялось у 44 (33,3%) из 132 больных ПГГ легкой степени и у 25 (65,7%) из 38 больных с ПГГ тяжелой степени 4,182, p=0,041). Эрозивно-язвенное поражение ДПК было у 1 (0,8%) больного с ПГГ легкой степени и у 5 (13,2%) больных с ПГГ тяжелой степени (p 0,003). Таким образом, эрозивно-язвенное поражение как желудка, так и ДПК чаще выявлено при ПГГ тяжелой степени.

Язвенное кровотечение на фоне ПГГ было у 7 (20,0%) больных, из них у 2 (5,4 %) из 37 с классом В цирроза

печени по Child-Pugh, у 5 (15,2%) из 33 – с классом С (p >0,05). Без ПГГ язвенное кровотечение зарегистрировано у 15 из 76 (19,7%) больных циррозом печени с язвами, из них у 5 (5,9%) из 84 с классом В, у 10 (10,8%) из 93

Таблица 3

Размеры и количество язв у больных циррозом печени с ПГГ и без ПГГ

Размер язвы в см	Язва гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени с ПГГ (n=35)	Язва гастродуоденальной зоны у больных циррозом печени без ПГГ (n=76)	p 1-2
0,5-1,0 см	21 (60,0%)	46(60,5%)	χ^2 0,020 p 0,888
от 1,1 см до 2,0 см	12 (34,3%),	21(27,6%)	χ^2 0,095 p 0,758
больше 2,0 см	2 (5,7%)	9 (11,8%)	χ^2 0,331 p 0,565
одиночные язвы	28 (80,0%)	58 (76,3%)	χ^2 0,001 p 0,999
множественные язвы	7 (20,0%)	18 (24,7%)	χ^2 0,011 p 0,916

с классом С цирроза по Child-Pugh (p>0,05). При классе А язвенных кровотечений не было. Различий в частоте язвенных кровотечений между группами больных с ПГГ и без ПГГ также не обнаружено (p>0,05).

Таким образом, эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны выявлено у 30,3% больных циррозом печени. Оно значимо чаще отмечалось на фоне ПГГ (у 75 из 170 – 44,1%), чем в группе сравнения без ПГГ (у 208 из 763 – 27,3%), 8,748, p 0,003), в обеих группах – чаще в желудке и в его антральном отделе. При изучении гендерных особенностей в 2-х указанных группах установлено, что у женщин эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны при циррозе печени на фоне ПГГ выявлялось чаще, чем без ПГГ (39,3% и 21,3% соответственно, p 0,01), что не подтвердилось у мужчин. На фоне ПГГ у больных циррозом печени класса В по Child-Pugh чаще наблюдались эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны по сравнению с больными аналогичного класса без ПГГ: у 37 (45,7%) из 81 и у 84 (23,2%) из 362 соответственно (p 0,005). При других классах цирроза печени по Child-Pugh такой зависимости не установлено. При изучении зависимости частоты эрозий и язв желудка и ДПК от тяжести ПГГ установлено, они выявлялись чаще при ПГГ тяжелой степени (в 65,7% против 33,3% при легкой). Нами не выявлено значимых отличий размеров и количества язв у больных циррозом печени с ПГГ и без ПГГ. Различий в частоте язвенных кровотечений между группами больных с ПГГ и без ПГГ, между классами В и С цирроза печени по Child-Pugh не обнаружено (p >0,05), а при классе А их не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснова М.В. Клинико-морфологическая характеристика патологии гастродуоденальной зоны у больных с циррозами печени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2007. – 28 с.
2. Мардарьева С.В. Портальная гипертензионная гастропатия как проявление портальной гипертензии при циррозе печени (клинико-лабораторные и инструментальные кор-

реляции, особенности терапии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 26 с.

3. Цуканов В.В., Краснова М.В., Амелчугова О.С. Клинико-морфологическая характеристика портальной гастропатии у больных циррозом печени // Тер. архив. – 2010. – №2. – С.34-37.

4. Успанова Г. Гастродуоденальные язвы при портальной гипертензии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нижний

Новгород, 2006. – 24 с.

5. Auroix J., Lamarque D., Roudot-Thorabval F., et al. Gastroduodenal ulcer and erosions are related to portal hypertensive gastropathy and recent alcohol intake in cirrhotic patients // Dig. Dis. Sci. – 2003. – Vol. 48. №6. – P.1118-1123.

6. Child C.G., Turcotte J.G. Surgery and portal hypertension. In: The liver and portal hypertension // Edited by CGChild. Philadelphia: Saunders. – 1964. – №50. – P.64.

7. de Franchis R. Updating consensus in portal hypertension: report of the Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension // J. Hepatol. – 2000. – Vol. 33. №5. – P.846-852.

8. Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in

gastrointestinal bleeding // Lancet. – 1974. – Vol. 2. №7877. – P.394-397.

9. Gabriele I.K., Winfried B., Joerg S.B., et al. Prevalence of Helicobacter pylori and occurrence of gastroduodenal lesions in patients with liver cirrhosis // J. Clin. Exp. Med. – 2011. – Vol. 4. №1. – P.26-31.

10. Kitano S., Dolgor B. Does portal hypertension to the pathogenesis of gastric ulcer associated with liver cirrhosis? // J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 35. №2. – P.79-86.

11. Svoboda P., Konecny M., Martinek A., et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis patients // Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech Repub. – 2012. – Vol. 156. №3. – P.266-270.

Информация об авторах: Баасан Мунхжаргал – аспирант кафедры, e-mail: Munkhjargalbsn@ymail.com; Петрунько Ирина Леонидовна – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой, 664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра медицинской экспертизы, e-mail: Petrunkoirina@mail.ru; Бат-Улзий Цэрэндаш – д.м.н., академик АНМ, зав. кафедрой, e-mail: Tserendash_1992@yahoo.com.

© БОБРОВ А.С., КОВАЛЕВА А.В., РОЖКОВА Н.Ю. – 2013

УДК 616.89-008.454-052:159.923

ТЕМПЕРАМЕНТ И ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Александр Сергеевич Бобров, Анна Викторовна Ковалева, Нина Юрьевна Рожкова

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров, кафедра информатики и компьютерных технологий, зав. – к.г.-м.н. доц. И.М. Михалевич)

Резюме. Изучены формально-динамические свойства индивидуальности (темперамент) и особенности характера у 40 больных с непсихотическим (диагностически очерченным по МКБ-10) депрессивным эпизодом с единичным и рекуррентным типом течения. В оценке темперамента и характера использованы современные отечественные опросники. Исследование проведено после медикаментозного в сочетании с рациональной психотерапией купирования депрессивного эпизода. Выделены шесть типов темперамента, характеристика каждого из них по балльной оценке дополнена индивидуальными анамнестическими сведениями. Выявлена уязвимость определенного типа темперамента к личной значимости стрессового фактора, который предшествовал возникновению депрессии.

Ключевые слова: депрессия, темперамент.

TEMPERAMENT AND PERSONALITY TRAITS IN PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC DEPRESSION

A.S. Bobrov, A.V. Kovaleva, N.Yu. Rozhkova

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. There have been studied the formal-dynamic properties of the identity (temperament) and the features of the character of the 40 patients with nonpsychotic (diagnostically defined by ICD-10) depressive episodes with single and recurrent type of course. In the assessment of temperament and character the modern domestic questionnaires were used. The study was carried out after the drug in combination with rational psychotherapy relief of depressive episode. The six types of temperament have been defined, the characteristics of each in addition to scoring the assessment, were complemented by individual anamnestic information. The vulnerability of a particular type of temperament to personal significance of stress factor, which preceded the onset of depression has been defined.

Key words: depression, temperament.

В отечественной психиатрии в 80-90 гг. прошлого столетия сложилось традиционное сопоставление клинических и экспериментально-психологических характеристик личности или ее акцентуации с типом депрессии, возрастом ее возникновения, особенностями течения и терапии [3,10,11,25,26]. Так, аффективно-лабильные личности склонны к более раннему по возрасту возникновению депрессии, в то время как наличие шизоидных черт предрасполагает к развитию депрессии в более позднем возрасте и их затяжному течению; тревожно-мнительный склад личности обнаруживает тенденцию к более частому развитию тревожно-ипохондрических депрессий; психастенические черты характера предрасполагают к развитию депрессии с навязчивостями или со склонностью к повышенной рефлексии. Отмечена предпочтительность шизоидного склада для формирования монополярных форм аффективного расстройства, гиперимного – для потенциально биполярных с преобладанием одного аффективного полюса над другим [26]. Экспериментально-психологическое исследование

больных депрессивным расстройством с помощью опросника R. Cattell (1970) определило низкие значения фактора F, характеризующего способность к открытому проявлению эмоций; фактора N, обозначающего умение оценивать и учитывать эмоциональные, неформальные стороны ситуации [3]. Среди больных затяжными адинамическими депрессиями выявлены преморбидные астенические особенности личности со склонностью к повышенной впечатлительности; к предикторам затяжного течения эндогенной депрессии отнесена преморбидная структура личности с преобладанием истерических черт и с присущей им склонностью к фиксации на внешнеобвиняющих формах реагирования [17]. Больным монополярной депрессией в пубертатном периоде присущи признаки нажитой соматореактивной лабильности, на доманифестном этапе – недостаточность эмоционального реагирования, консерватизм и ригидность [2].

Подчеркивается зависимость клиники депрессивной фазы от преморбидных (континуум от психастениче-