

Карпова Жанна Юрьевна – к.м.н., ассистент кафедры восстановительной медицины и рефлексотерапии ФПКВ ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. E-mail: v-kafedra@rambler.ru

Беспалова Анна Владимировна – к.м.н., ассистент кафедры восстановительной медицины и рефлексотерапии ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. тел: 8(831)430-76-30 E-mail: v-kafedra@rambler.ru

Израйлев Юлия Александровна – к.м.н., ассистент кафедры восстановительной медицины и рефлексотерапии ИПО ГБОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России. Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, площадь Минина и Пожарского, 10/1. Тел: 8(831)417-53-82, E-mail: v-kafedra@rambler.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Агасаров, Л.Г., Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия) / Л.Г. Агасаров. – М.: Арнебия, 2002. – 208 с.
2. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2000. – С. 253 – 321.
3. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
4. Белоусова, Т.Е. Магнитосветотерапия: методические рекомендации Н.Новгород: НижГМА, 2003. – 65 с.
5. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация / В.М. Боголюбов. – М.: Бином, 2010. – Т. 2. – С. 108 –138.
6. Боголюбов, В.М. Физиотерапия и курортология / под ред. В.М. Боголюбова, в 3-х книгах. – М.: Издательство БИНОМ, 2009.
7. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А.М. Вейна. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 752 с.
8. Вялков, А.И. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000–2001) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России / А.И. Вялков, Е.И. Гусев, А.Б. Зборовский, В.А. Насонова // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №2. – С. 4–8.
9. Гурленя, А.М. Физиотерапия в неврологии / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смышчек – М.: Мед. лит., 2008. – С. 48 – 51, 154 – 160.
10. Жарков, П.Л. Остеохондроз и боли в спине // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2003. – №2. – С.44-46.
11. Маркин, С.П. Лечение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2005. – №2. – С. 36-38.
12. Насонова, В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 1. – С. 7 – 11.
13. Шахов, Б.Е., Трошин В.Д. Клиническая превентология. / Б.Е. Шахов, В.Д. Трошин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – С. 313 – 361.
14. Belousova, T.E. Das Komplexe Programm der wiederaufbaubehandlung der neurologischen Kranken // Internationalen Kongress Fachmesse: moderne aspekte der Rehabilitationsbehandlung und funktionen Ernährung. – Hannover, 2006. – S.80-81.
15. Trock, D.H. Electromagnetic fields and magnets. Investigational treatment for musculoskeletal disorders // Rheum. Dis. Clin. North. Am. 2000 Feb; 26 (1): 51-62.

УДК 616.9-097-022-056.83:616.895,4

© Л.Ю. Беспалова, 2012

Л.Ю. Беспалова

ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

На основе наблюдения 228 пациентов с опиоидной зависимостью, осложненной ВИЧ-инфекцией, были выявлены ипохондрические расстройства неоднозначной клинической структуры и продолжительности. В зависимости от predisposing факторов и тяжести коморбидной патологии выделены три варианта ипохондрических расстройств: острая невротическая реакция с ипохондрическими включениями, навязчивая и сверхценная ипохондрия.

Ключевые слова: ипохондрия, опиоиды, ВИЧ-инфекция.

L.Yu. Bepalova

HYPOCHONDRIAC DISTURBANCES IN HIV INFECTED DRUG ADDICTS

Hypochondriac disturbances of diverse clinical structure and length were revealed on the basis of observation of 228 HIV-infected opioid addicts. Three variants of hypochondriac disturbances were singled out depending on the previous factors and the severity of comorbidity: acute neurotic reaction with hypochondriac inclusions, obtrusive and overvalued hypochondria.

Key words: hypochondria, opioid, HIV infection

Ипохондрия, определяемая как необоснованное беспокойство по поводу мнимого или неизлечимого заболевания, является часто наблюдаемым психопатологическим симптомокомплексом. Для четкого различия разных форм ипохондрических расстройств необходима правильная квалификация состояния и определения нозологической их принадлежности. Определенную роль при этом имеет соматогенный, церебрально-органический и психогенный факторы. По современной классификации (МКБ-10) вклю-

чение ипохондрических расстройств в раздел соматоформных расстройств (F 45.2) недостаточно отражает патогенетический характер синдрома. Ипохондрические расстройства можно отнести к разряду универсальных психопатологических образований как в рамках эндогенной, так и органической и инфекционной природы [5,4,7]. Нередко прослеживается интеграция этиопатогенетических причин в развитии ипохондрического синдрома, при опиоидной зависимостью, осложненной ВИЧ-инфекцией [3,2,1].

Материал и методы

Среди 228 ВИЧ-инфицированных больных, зависимых от опиоидов, у 42 пациентов (18,4%) при выявлении у них антител к ВИЧ с последующим клиническим подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции развились невротические реакции с ипохондрическими включениями и развернутые ипохондрические расстройства. При этом 26 человек (61,9%) находились во 2-й и 16 (38,1%) в 3-й стадиях заболевания. По МКБ-10 эти расстройства мы отнесли к рубрике F40 «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F40-F48), а именно к соматоформным расстройствам (F45).

У этой группы пациентов клинико-психопатологический анализ психических расстройств, развившихся после тяжелого психогенного стресса, каковым для пациентов явился диагноз ВИЧ-инфекция, показал клиническую неоднородность и различную продолжительность течения этих расстройств – от 2-4 недель (28,6%) и 6 месяцев (16,7%) до 8 месяцев (54,8%). Ипохондрические расстройства характеризовались выраженным полиморфизмом.

Развитие ипохондрических расстройств было своеобразным маркером тяжести и прогрессиентности коморбидных заболеваний.

Методами исследования явились: клинико-психопатологический, катamnестический, клинико-статистический с применением программы SPSS V15,1 и пакета статистического анализа данных Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение

В зависимости от структуры психопатологических расстройств мы разделили пациентов на три группы. Все три группы пациентов объединяло наличие в структуре синдромов общих стержневых симптомов в виде ипохондрического симптомокомплекса и тревожных расстройств (98%). Кроме того, их объединяли общие предрасполагающие факторы, сыгравшие определенную роль в формировании аддиктивного поведения, развития и течения психических расстройств после присоединения ВИЧ-инфекции. Наследственная отягощенность алкоголизмом (51,1%), наркоманиями (37,5%) среди родственников первой линии родства и преморбидные девиации поведения (100%).

По остроте течения и клиническим проявлениям ипохондрические расстройства, возникшие у зависимых от опиоидов после установления диагноза ВИЧ-инфекции, были разделены следующим образом (см. таблицу).

Таблица
Клинические варианты ипохондрических расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов, по стадиям зависимости

Ипохондрические расстройства	Стадии опиоидной зависимости					
	II n=26			III n=16		
	абс. число	%	SR	абс. число	%	SR
Острая невротическая реакция с ипохондрическими проявлениями (n=12)	10	38,5	0,9	2	2,5	-1,2
Навязчивая ипохондрия (n=7)	7	26,9	1,3	0	0	-1,6
Сверхценная ипохондрия (n=23)	9	34,6	-1,4	14	87,5	1,8

Критерий χ^2 показал наличие соответствия между стадиями и ипохондрическими расстройствами ($\chi^2=11,703$; $df=2$; $p<0,01$). Метод нормированных остатков не выявил достоверных различий между ипохондрическими расстройствами и стадиями опиоидной зависимости.

Средний ранг для острой невротической реакции с ипохондрическими проявлениями равен 17,00, навязчивой ипохондрии – 13,50 и сверхценной ипохондрии – 26,28. Н-тест Крускала-Уоллеса показал наличие статистически значимых различий между стадиями и ипохондрическими расстройствами ($\chi^2=11,424$; $df=2$; $p<0,003$).

1. Острая невротическая реакция с ипохондрическими проявлениями

Выделение острой невротической реакции с ипохондрическими проявлениями основано прежде всего на скорости развития невротических расстройств у зависимых от опиоидов, в преморбиде склонных к тревожным опасениям (31,1%). Известие о ВИЧ-инфицировании пациенты воспринимали как наказание, как предопределенное состояние, со словами «я так и знал» (15%), «я предчувствовал» (27%), «я всегда опасался» (39%). В психическом статусе этих лиц ведущее место занимала тревога (98%) с растерянностью и жалобами на то, что им страшно, они не знают, что делать, как поступить, что предпринять. В поведении пациентов наблюдалась склонность к тревожным реакциям, к утрированию сомато-вегетативных симптомов, демонстративность, стремление привлечь внимание окружающих.

У 29% пациентов тревожные состояния принимали пароксизмальный характер, достигая степени «панических атак» (F41) с выраженными соматовегетативными симптомами в виде потливости, сухости во рту, тахикардии, тремора, дизурических и диспептических расстройств продолжительностью 30-40 ми-

нут, т.е. в форме «вегетативного криза» [6]. Описанные приступы панических расстройств у ВИЧ-инфицированных, зависимых от опиоидов, встречались в период отмены наркотика (в абстиненции).

2. Навязчивая ипохондрия

У 7 пациентов, зависимых от опиоидов (16,7%), с астено-невротическими (42,8%) и конформными (57,2%) чертами характера ипохондрические расстройства возникли после присоединения ВИЧ-инфекции в адаптационном периоде и имели более плавное начало и пролонгированное течение.

Развитие пролонгированных ипохондрических расстройств с постепенным эволюционным течением было обусловлено не только преморбидными особенностями, включая изменения личности вследствие длительной наркотизации, но в большей мере от силы, длительности и повторности психотравмирующих факторов. Под последними подразумевалось дальнейшее прогрессирование ВИЧ-инфекции с присоединением оппортунистических заболеваний.

Манифестация ипохондрических расстройств чаще отмечалась в постабстинентном периоде (94%) на фоне выраженных невротических симптомов в виде тревоги, волнения, беспокойства, общего напряжения, предчувствия ожидания неприятностей в жизни. Эти расстройства сопровождались ощущением внутреннего неблагополучия в организме, но без четких болевых симптомов и наплывом мыслей пессимистического характера. Значительное место в психическом статусе пациентов занимали сопутствующие вегетативные симптомы (71%) – нарушение сна, сердцебиение.

В переживаниях пациентов (85,7%) доминировал страх смерти, одиночества, изолированности, «отверженности». Эти навязчивые мысли носили больше идеаторный характер с периодическими образными представлениями. Сами пациенты объясняли свои переживания как навязчивые, неотступные мысли. В большинстве случаев (81%) они понимали неоправданность своих страхов, предположений, но не могли самостоятельно от них избавиться и охотно соглашались на психотерапевтическое лечение.

3. Сверхценная ипохондрия

Развитие сверхценной ипохондрии у

54,8% пациентов совпадало со «стадией вторичных инфекций» по В.В. Покровскому (2003), с выявлением оппортунистических заболеваний вирусной, грибковой и бактериальной природы. Чаще всего первые клинические проявления сверхценной ипохондрии были связаны с лимфаденопатией, являющейся типичным симптомом латентной стадии ВИЧ-инфекции. Пациенты предъявляли жалобы на неприятные ощущения, исходящие со стороны пораженных органов или других частей тела в виде стойких диффузных сенестопатий с сверхценной трактовкой этих ощущений. Довольно часто увеличенные лимфоузлы пациенты воспринимали как раковую опухоль.

О сверхценной природе ипохондрических жалоб, которые предъявлялись в течение продолжительного времени (2-8 месяцев), можно было судить еще и по искаженной трактовке чувства дискомфорта и болезненных симптомов, действительно имеющегося недуга, по красочному, выразительному их описанию в виде «переливания», «перекатывания», «ползания шариков под кожей». Искаженная трактовка переживаний, с утяжелением субъективных ощущений, обилием сенестопатических расстройств, нередко сопровождалась рентными установками (47%) с целью получения инвалидности по онкологической или психиатрической патологии с анозогнозией ВИЧ/СПИДа.

В их поведении отмечалось стремление к дополнительным обследованиям, обращение к целителям, поиск нетрадиционных методов лечения. Вместе с тем ипохондрические переживания не достигали степени стройной системы. С нарастанием тяжести клинических проявлений ВИЧ/СПИДа с интеллектуально-мнестическим снижением, укладывающихся в картину нарко-ВИЧ-энцефалопатии, зыбкая система сверхценной ипохондрии распадалась и дезактуализировалась.

Выводы

Таким образом, по выделенным вариантам ипохондрических расстройств у лиц, с опиоидной зависимостью, осложненной ВИЧ-инфекцией, можно судить о тяжести коморбидной патологии, также решить прогноз заболевания с выработкой в дальнейшем психотерапевтической и медикаментозной тактики ведения этих пациентов.

Сведения об авторе статьи:

Беспалова Людмила Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Адрес: 050012, Республика Казахстан, г. Алматы, Толе би, 88, тел.: (87272) 21-13-71. E-mail: Limalium@gmail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, В.В. Нарушения психической адаптации человека при ВИЧ-инфекции: автореф. дис ... д.м.н. – М., 1994. – 44с.
2. Благов, Л.Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости / Л.Н. Благов, Н.Г. Найденкова, И.Б. Власова [и др.] // Ж. наркология. -2003. - №10. - С.28-32.
3. Игонин, А.Л. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция / Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. - М., 2006. - С.71-74.
4. Лобзин, Ю.В. ВИЧ-инфекция, клиника, диагностика и лечение /Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Постушенков В.Л. - С.-П., ФОЛИАНТ, 2003. - С. 89-86.
5. Пашенков, С.З. Ипохондрия. - Ташкент, Медицина, 1979. – С.196.
6. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях.-М.:МИА.-2003.-С. 169-210.
7. Barsky A.J. Hypochondriacal patients' beliefs about good health / Barsky A.J., Coytaux R.R., Samie M.K. // J. Psychiatry.-1993.-Vol.150, №7.-P.1085-1089.

УДК 617.55-001-089.1

© Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, И.М. Ярмухаметов, Д.З. Фахретдинов, А.А. Халиков, Х.К. Нгуен, 2012

Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев,
И.М. Ярмухаметов, Д.З. Фахретдинов, А.А. Халиков, Х.К. Нгуен
**СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

Авторы исследовали результаты лечения 1056 больных с травматическими абдоминальными повреждениями. Анализ результатов показал, что использование современных методов ранней диагностики (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, измерение интраабдоминального давления, уровня лактата крови), неинвазивных и мини-инвазивных хирургических технологий (лапароскопия, операции из мини-доступов, эндоваскулярная эмболизация сосудов), методов органосберегательных и заместительных оперативных вмешательств, тактики этапного хирургического лечения тяжелой категории пострадавших привело к снижению показателей послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений более чем в 2 раза.

Ключевые слова: травма живота, интраабдоминальная гипертензия, ангиография, damage control, спленэктомия.

R.N. Gareev, R.R. Fayazov, V.M. Timerbulatov, D.I. Mekhdiev,
I.M. Yarmukhametov, D.Z. Fakhretdinov, A.A. Khalikov, Kh.K. Nguen
**MODERN APPROACHES TO SURGICAL TACTICS IN TRAUMATIC ABDOMINAL
INJURIES**

The authors investigated the results of treatment of 1056 patients with abdominal trauma. Analysis of the results showed that the use of modern methods of early diagnostics (ultrasound, computer tomography, intra-abdominal pressure measurement, blood lactate level), not invasive and minimally invasive surgical techniques (laparoscopy, minimal access surgery, endovascular embolization of blood vessels), and application of organ-saving and substitutive surgical methods as well as the tactics of step-by-step surgical treatment of serious patients has led to a half decrease of postoperative mortality rate and postoperative complications.

Key words: abdominal trauma, intra-abdominal hypertension, angiography, damage control, splenectomy.

В последние годы не прослеживается тенденция к снижению травматизма за счет неуклонного роста транспортных происшествий, падения с высоты, природных катаклизмов и локальных войн. На современном этапе травматические абдоминальные повреждения (ТАП) характеризуются особой тяжестью поражений, сопровождающихся грубыми нарушениями гомеостаза и расстройствами витальных функций организма, что обуславливает высокую, не имеющую тенденции к снижению летальность – 44,5-66% [1,2,3] и большую частоту послеоперационных осложнений. На результаты лечения отрицательно влияют: ошибки в диагностике и лечении, большая часть которых допускается из-за отсутствия единых лечебно-диагностических подходов по узловым вопросам проблемы; проведение неоправданных высокотравматичных диагностических манипуляций и опе-

ративных вмешательств; ошибки, допущенные при определении доминирующего повреждения у пострадавших с сочетанными травматическими абдоминальными повреждениями в дооперационном периоде. Все это подтверждает актуальность проблемы диагностики и хирургического лечения пострадавших с абдоминальной травмой и требует новых изысканий в данной области медицины.

Материал и методы

В клинический материал вошли 1056 пострадавших с ТАП, поступивших в Больницу скорой медицинской помощи г. Уфы в период 1992-2011 гг. Клинический материал разделен на две группы. В основную группу вошли 519 пострадавших, пролеченных за период 2002-2011 гг., которые велись с учетом показателей интраабдоминального давления (ИАД), уровня лактата крови, с использованием тактики DAMAGE CONTROL при