

Литература

1. Агафонов С.К. // Мат-лы XIV съезда психиатров России 2005.– С.434
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. реком.– М., 1980.– 48 с.
3. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения (на материале среднего города Западного региона Российской Федерации): Дис. ... канд. мед. наук.– М., 1997.– С.154.
4. Войцех В.Ф. // Социальная и клиническая психиатрия.– М.– №3.– 2006.– С.22–27.
5. Краснов В.Н. Особенности суицидальных проявлений при циркулярных депрессиях: Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии.– М., 1989.– С. 34–37.
6. Пантелеева Г.П., Корнев А.Н. Особенности терапевтического воздействия препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на суицидальное поведение больных эндогенной депрессией. // Психиатрия и психофармакотерапия.– Т. 4, №6.– 2002.
7. Положий Б.С. Клин. суицидол.– М.– 2006.– С.3
8. Смуглевич А.Б. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства.– М., 1997.– С.28–53
9. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Рук-во для врачей – М.: Мед. информ. аг-во, 2001.– С.256.
10. Смуглевич А.Б. // Психиатрия и психофармакотерапия.– 2003.– Т. 5, №1.– С.2–4

DIFFERENTIAL APPROACH TO DIAGNOSIS AND THERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR.

S.V. VAULIN, M.V. ALEKSEEVA

Summary

One of the most important aspects in suicidology involves diagnostics and differentiation of suicidal behavior varieties associated with the individual curative and prophylactic measures in every patient. It is due to predicted world-wide depression growth which demands crucial improvement of diagnostic technologies and therapies for suicidal behavior. If using clinical pathogenetic approach in suicidologic practice the authors can master the diagnostic tools and therapies to control suicidal behavior along with the selection of certain individual predictors of therapeutic effects of certain medication groups.

Key words: suicidal behavior, clinical pathogenetic approach

УДК 616-006;616.831-005

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ*, В.А. ВЕРЕДЧЕНКО**, А.Е. МИТИЧКИН²

Ключевые слова: рак почки, венозный тромб

При раке почки у 6,5–10 % больных формируются опухолевые венозные тромбы, которые могут распространяться по почечной и нижней полой венам, достигая в отдельных случаях правого предсердия. Наличие тромба в магистральных венах является противопоказанием к выполнению лапароскопической нефрэктомии [1, 3]. Эхографическая картина тромбоза нижней полой вены характеризуется появлением в просвете образования повышенной или смешанной эхогенности с неровными и нечеткими контурами, с неоднородной структурой, в которой могут выявляться мелкие анэхогенные трубчатые образования – участки реканализации [2, 4, 6]. При доплерографии определяют признаки нарушения кровотока.

В наших наблюдениях признаки наличия опухолевых тромбов в системе нижней полой вены по данным УЗИ были выявлены в 6 случаях (рис. 1). В связи с тем, что наличие опухолевых тромбов в системе нижней полой вены является противопоказанием к выполнению хирургического вмешательства на почке из лапароскопического доступа [5, 7, 8], на предоперационном этапе все пациенты этой группы были обследованы с использова-

нием рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии с трехмерной реконструкцией. Полученные данные позволили не только принять решение о наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству, но и использовались в дальнейшем при выработке общего плана лечения. После введения контрастного вещества (Ultravist, 120 мл, со скоростью 3 мл/с) через 30 с выполняли сканирование в раннюю артериальную фазу от уровня верхнего полюса почки до нижнего, а через 120 с – от уровня диафрагмы до нижнего полюса почки или нижней границы опухоли (рис. 2).



Рис. 1. Ультрасонография: тромб в нижней полой вене (проксимальный край тромба указан стрелкой)



Рис. 2. РКТ (венозная фаза контрастирования): тромб в нижней полой вене (указан стрелкой)

Интервал реконструкции составлял 5 мм для нативных изображений и от 2 до 5 мм для сканов, полученных после введения контрастного вещества (рис. 3).



Рис. 3. Трехмерная реконструкция по данным РКТ (венозная фаза контрастирования, интервал реконструкции – 2 мм): тромб в нижней полой вене (указан стрелкой).

При сравнении данных до-, интра- и послеоперационного исследования показано, что при выявлении опухолевых тромбов в системе нижней полой вены чувствительность и специфичность компьютерной томографии составляет 91,9% и 81,0%, соответственно, а МРТ – 86,2% и 82,8%, соответственно. Указанные различия не были статистически значимыми. Точность методов при определении положения проксимального края тромба составила 77,4% для компьютерной томографии и 86,1 % – для МРТ.

При значительном перекрытии просвета нижней полой вены опухолевым тромбом и/или сдавлении извне (например, увеличенными лимфатическими узлами забрюшинного пространства) информативность РКТ может снизиться за счет затруднения поступления контрастного вещества и уменьшения различий в интенсивности изображения тромба и венозной крови (рис. 4).

* Московский государственный медико-стоматологический университет им. Н.А. Семашко
Дорожная клиническая больница на ст. Люблино им. Н.А. Семашко (Москва)

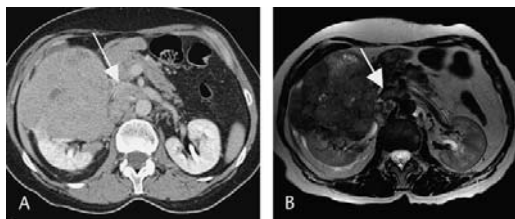


Рис. 4. Тромб в нижней полой вене (указан стрелкой). При РКТ просвет нижней полой вены (А), сдавленной увеличенными забрюшинными лимфоузлами, не определяется. МРТ (В) позволяет определить положение нижней полой вены

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования трехмерной реконструкции по данным РКТ и/или МРТ на предоперационном этапе.

Литература

1. Аляев Ю.Г. и др. Опухоль почки. М.– ГЭОТАР-МЕД.– 2002.– 56 с.
2. Аляев Ю.Г. и др. // Мед. визуализация.– 2003.– №2.– С. 33–38.
3. Аляев Ю.Г. и др. // Мед. визуализация.– 2005.– № 6.– С. 75–79.
4. Васильев А.Ю. и др. // Мед. визуализация.– 2004.– №4.– С. 64–69.
5. Манагадзе Л.Г. и др. Оперативная урология. Классика и новации: рук-во для врачей.– М.: Медицина.– 2003.– 740 с.
6. Теодорович О.В. и др. // Мед. визуализация.– 2005.– № 1.– С. 55–61.
7. Терновой С.К. и др. // Мед. визуализация.– 2001.– № 2.– С. 72–77.
8. Ascenti G. et al. // AJR Am J Roentgenol.– 2004.– 182(6) – P.1525–1530.

УДК 616-009.17; 616.8-009.17

САНАТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (В ВИДЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ) ИЛИ НЕВРАСТЕНИИ

С.М. ИВЛЕВ*

Ключевые слова: санаторная коррекция, дисфункция

В публикациях последних 5-7 лет отсутствует различие методических подходов к использованию природных и преформированных физических курортных факторов при восстановительном лечении пациентов с нейроциркуляторной астенией и неврастениями [1, 2]. Это инициировало проведение реабилитации этих больных на базе ряда ЛПУ и санаториев Черноморского побережья Краснодарского края в сочетании с авторскими модификациями мануальной, талассо- и бальнеотерапии, когда наш анализ психоэмоционального статуса выявил пострелиабилитационную суммарную коррекцию у 87,8% ($p < 0,05$) пациентов.

В структуре первичной обращаемости больных нейроциркуляторными астениями и неврастениями в ЛПУ составляют соответственно 21,8% и 24,2%, достигая (за последние 5 лет) 18,7-19,5 случаев на 100 000 населения [3].

Цель исследования – обоснование мультиатрибутивного задействования инновационных приемов талассо-, бальнеотерапии на фоне аппаратных процедур обратной биологической связи (БОС-тренинг) больных соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы или неврастениями (в рамках преемственной деятельности профильных учреждений здравоохранения и санаториев Южного федерального округа).

Материалы и методы. Единичными исследования методом непреднамеренного отбора в период 2003-2008 годов были определены следующие рандомизированные группы пациентов, проходившие по авторским методикам восстановительное лечение: а) в санаториях Лазаревского района курорта Сочи «Тихий Дон», «Морская звезда» и геленджикского санатория «Вулан» ($n=279$ больных с нейроциркуляторной астенией; $n=278$ больных

с неврастениями); б) пациенты ($n=280$), проходившие поликлинический этап ординарного медикаментозного лечения при МУЗ г. Сочи «Горбольница №1» (пос. Лазаревское). При этом бальнеотерапия применялась в виде общих ванн из природных минеральных источников (скважина 84-М Волконского месторождения) при $t=37-38^{\circ}\text{C}$, длительностью 6-8-10-12-15-20 минут с нарастающим итогом, через день, 10-12 ванн на курс. Питьевая гидрокарбонатно-хлоридная натриевая щелочная борно-фтористая природная минеральная лечебная вода «Лазаревская» назначалась в установочный период (3-5 дней) по 150-170 мл 3 раза в день за 1-1,5 часа до еды. Через 3-5 дней (при хорошей индивидуальной переносимости этой минеральной воды при $t=20-22^{\circ}\text{C}$) количество ее увеличивалось по следующей схеме: утром – до 150 мл; перед обедом – до 200 мл; перед ужином – вновь до 150 мл. К концу курса лечения (18-19 день) объем принимаемой воды уменьшался до 400 мл.

Персональная психотерапия по методу Б.Д. Карвасарского [4] проводилась с больными в форме групповых и индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения 10-12 занятий длительностью от 30 мин до 1 часа. Упражнения ЛФК проводились по методикам Н.Г. Старосельцевой (2000). Применялись модификации БОС-тренинга на аппаратно-программном комплексе «Биосвязь» (сертификат соответствия РОСС RU.ME20/B025 31 от 24.06.02): выработка диафрагмально-релаксационного типа дыхания с максимальной величиной дыхательной аритмии сердца (ДАС-БОС); релаксация скелетной мускулатуры, сопровождающаяся психоэмоциональной релаксацией, с использованием БОС по электромиограмме (ЭМГ-БОС); методика ЭМГ-БОС по Джекобсону, формула которой сводится к расслаблению различных групп мышц, после их максимального сокращения; перестройка ритмической структуры электроэнцефалограммы (ЭЭГ-БОС).

Мануальная терапия в сочетании с массажем воротниковой зоны проводилась по методикам В.В. Барташевича (2001). Поскольку наблюдаемые пациенты являлись постоянными жителями курорта Сочи, т.е. были адаптированы к климатическим особенностям названной рекреационной зоны, автору пришлось корректировать (в сторону увеличения) стандартно применяемые экспозицию, очередность, кратность, последовательность, сезонность и другие параметры использования талассопроедур для этих больных. В санаториях, расположенных в пересеченной и горной местностях, назначалась такая форма упражнений, как терренкур – лечение дозированным восхождением под разным углом подъема (от 3° до 15° и более). Ближний туризм в теплое время года рекомендовался практически всем наблюдаемым лицам. Из многих форм спортивных упражнений наблюдаемым больным, особенно среднего и пожилого возраста, назначались упражнения с умеренной, хотя и длительной физической нагрузкой на организм (ходьба, езда на велосипеде, гребля, плавание) и менее подвижные игры (городки, крокет, кегельбан и др.). Гребля дозировалась по числу гребков в минуту (от 10 до 20) и по времени. Вначале назначалась гребля длительностью 10-15 минут. Общая длительность гребли составляла от 20-30 мин до 1 ч. Лечебная гимнастика в бассейне с $t=26-36^{\circ}\text{C}$ воды и длительностью 20-40 мин с успехом применялась при лечении в здравницах клинических проявлений названных расстройств (F 45.3; F 48.0 по МКБ-X). В контроле на поликлиническом этапе лечились только с помощью стандартных схем медикаментозной терапии.

Результаты. Под влиянием восстановительного лечения в здравницах-базах исследования на курорте Сочи наблюдались позитивные изменения психофизиологических показателей у лиц с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы или неврастениями (F 45.3 и F 48.0 по МКБ-X), что отражает рис. 1, составленный на базе использования теста MMPI.

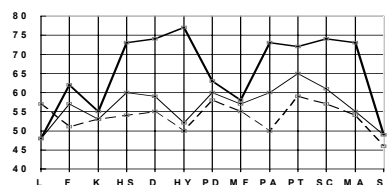


Рис. 1. Усредненные показатели профиля личности (тест MMPI) у больных 3-х групп наблюдения в ЛПУ и здравницах: — больные (F 45.3 и F 48.0 по МКБ-X) до лечения; - эти же больные ($n=557$, $p < 0,05$) после лечения; — контрольная группа ($n=280$, $p < 0,05$)

* Научно-исследовательский Центр курортологии и реабилитации (г. Сочи) ФМБА