

чаще, чем при переносе криоэмбрионов на стадии морулы или бластоцисты. Толщина эндометрия более 9-10 мм, особенно при сочетании с его многослойной эхоструктурой, отражает оптимальную функциональную готовность эндометрия к имплантации. При переносе 3-х размороженных эмбрионов частота наступления

беременности отмечается значимо чаще, чем при переносе 1-го или 2-х эмбрионов. У пациенток с высоким риском развития средней и тяжелой степени СГЯ целесообразно отменять перенос эмбрионов, проводить криоконсервацию эмбрионов «хорошего» качества и последующий их перенос в нестимулируемом цикле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирова А.Ф., Керимова Г.М. Результаты переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки у пациенток с предыдущей неудачной попыткой ЭКО // Проблемы репродукции. – 2009. – №1. – С.63-64.
2. Бурлев В.А., Кузьмичев Л.Н., Онищенко А.С., Ильясова Н.А. и др. Функциональная активность эндометрия влияет на результаты ЭКО и перенос эмбрионов: молекулярные механизмы регуляции фертильности // Проблемы репродукции. – 2010. – №2. – С.41-52.
3. Вартанян Э.В., Айзикович И.В., Антонов А.Р. Причины неудач ЭКО (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2010. – №3. – С.57-61.
4. Вейсман А. Перенос криоэмбрионов // Проблемы репродукции. – 2010. – №2. – С.34-40.
5. Корсаков В.С. Руководство по клинической эмбриологии / Под ред. В.С. Корсакова. – М.: Изд-во МК, 2011. – С.157-179.
6. Крстич Е.В., Краснопольская К.В., Кабанова Д.И. Новые подходы к повышению эффективности ЭКО у женщин старшего репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. – 2010. – №2. – С.48-53.
7. Калинина Е.А., Калинина И.И., Корнев В.И. и др. Некоторые клинико-эмбриологические аспекты программы

- переноса криоэмбрионов // Проблемы репродукции. – 2004. – №6. – С.28-33.
8. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 166 с.
9. Эдлер К., Дэйл Б. Экстракорпоральное оплодотворение. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С.189-220.
10. Alper M., Brinsden P., Fischer R., Wikland M. To blastocyst or not to blastocyst? // Hum. Reprod. – 2001. – Vol. 16. – P.617-619.
11. Edgar D., Bourne H., Spiers A., Mc Bain J. A quantitative analysis of the impact of cryopreservation on the implantation potential of human early cleavage stage embryos // Hum. Reprod. – 2000. – Vol. 15. – P.175-179.
12. Jun Tao, Randall H., Craig M., Johnson M., et al. Cryopreservation of human embryos at the morula stage and outcomes after transfer // Fertil. Steril. – 2003. – Vol. 82. – P.108-118.
13. Senn A., Vozzi C., Chanson A., De Grandi P., et al. Prospective randomized study of two cryopreservation policies avoiding embryo selection: the pronucleate stage leads to a higher cumulative delivery rate than the early cleavage stage // Fertil. Steril. – 2000. – Vol. 74. – P.946-952.

Информация об авторах: 664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный 100; e-mail: ebdru@mail.ru, Протопопова Наталья Владимировна – заведующий кафедрой, руководитель лаборатории, заместитель главного врача, д.м.н., профессор; Дружинина Елена Борисовна – ассистент кафедры, заведующий отделением, д.м.н.; Болдонова Наталья Александровна – аспирант; Одареева Елена Владимировна – доцент, к.м.н.

© БОБРОВ А.С., РОЖКОВА М.Ю., РОЖКОВА Н.Ю. – 2012
УДК 616.895.1

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МАНИФЕСТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО ВАРИАНТА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

Александр Сергеевич Бобров, Марина Юрьевна Рожкова, 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. И.М. Михалевич)

Резюме. Изучена группа больных (n=51) с манифестным депрессивным вариантом шизоаффективного психоза (шизоаффективное расстройство – ШАР) в соответствии с критериями F25.1 МКБ-10. В зависимости от количества психопатологических синдромов, в том числе из перечня «а-г» F20, выделена моно- и полиморфная клиническая структура приступа. К мономорфной структуре депрессивного ШАР отнесены приступы, клиническая картина которых исчерпывалась вербальным галлюцинозом, значительно реже на материале настоящих наблюдений бредовым регистром психотической симптоматики. Полиморфная структура депрессивного ШАР характеризуется вербальным галлюцинозом (в виде основного синдромологического регистра) в сочетании с эпизодами острого чувственного бреда, наглядно-образного бреда воображения, отдельных проявлений синдрома психического автоматизма, бредовых эпизодов с фабулой интерметаморфозы, символического значения, порчи, ущерба, мнимой беременности, конфабуляторного бреда.

Ключевые слова: депрессия, галлюцинации, бред, шизоаффективное расстройство.

THE CLINICAL STRUCTURE OF MANIFEST DEPRESSIVE VARIANT OF SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSIS

A.S. Bobrov, M.Y. Rozhkova, N.Y. Rozhkova

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)

Summary. The group of patients (n=51) with manifest depressive variant of schizoaffective psychosis (schizoaffective disorder) on F25.1 ICD-10 criteria have been studied. Depending on quantity of psychopathological syndromes including from the list “a-b” F20, mono- and polymorphic clinical structure of an attack was allocated. To the monomorphic structure of depressive SCHAD there were attributed the attacks, which clinical picture was settled with verbal hallucination, considerably rare, on the material of the present investigation – with delirium register of psychopathic symptomatology. Polymorphic structure of depressive SCHAD is characterized by verbal hallucination (in the form of main syndrome register) in a combination with episodes of acute sensual delirium, visual-figurative delirium of imagination, separate manifestations of mental automatism syndrome, delirium episodes with a plot of intermetamorphosis, symbolic meaning, damage, injury, imaginary pregnancy, confabulative delusion.

Key words: depression, hallucinations, delirium, schizoaffective disorder.

За последние 20 лет в отечественной психиатрии систематическое изучение типологии приступов шизоаффективного психоза (ШАП) проводилось сотрудниками отдела эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН [5,3,1,6,7,8,9]. Клиническая типология приступов разрабатывалась в рамках деления ШАП на аффектдоминантную и шизоидоминантную формы, различающиеся по длительности аффективных расстройств и бредовой симптоматики, свойственной шизофрении. В результате этих исследований было предложено различать 6 типов клинических приступов ШАП [8]. Среди аффектдоминантного варианта выделены острый чувственный бред или бред восприятия (бредовое настроение, бред инсценировки, бред символического значения); наглядно-образный бред воображения (ориентированный онейроид или антагонистический бред); интеллектуальный бред воображения (острый фантастический или острый парафренный бред). Шизоидоминантная форма ШАП включает: параноидное состояние (в более ранних работах – «синдром Кандинского-Клерамбо») в структуре бреда восприятия с элементами интерпретации; параноидное состояние в структуре наглядно-образного бреда воображения с элементами интерпретации; параноидное состояние в структуре интерпретативного бреда. Однако в самом начале изучения шизоаффективного психоза анализ аффективных расстройств в структуре выделенных клинических типов позволил высказаться о целесообразности поиска иного принципа разделения ШАП, чем деление на аффект- и шизоидоминантные варианты [2], что, кстати, предусмотрено в современных классификациях психических и поведенческих расстройств. В зарубежной литературе продолжается дискуссия о наличии четких диагностических критериев для постановки диагноза шизоаффективного расстройства в сравнении с шизофренией и биполярными расстройствами [13-19].

Цель работы: анализ клинической структуры манифестного депрессивного шизоаффективного расстройства с позиции наличия депрессивного аффекта, количества психопатологических синдромов, в том числе из перечня «а-г» диагностических указаний F20 МКБ-10, и обязательной конгруэнтности содержания психотических переживаний (фабула) доминирующему депрессивному аффекту.

Материалы и методы

Изучена группа в составе 51 больного с диагнозом депрессивный вариант шизоаффективного расстройства (ШАР) в соответствии с критериями МКБ-10 (F25.1). По полу больные распределились следующим образом: женщин было 37 (72,5%), мужчин – 14 (27,5%). Больше число женщин в настоящем исследовании было связано с тем обстоятельством, что набор материала в основном проводился в женском отделении областной клинической психиатрической больницы №1. Все больные представляли стационарный контингент. Возникновение манифестного депрессивного варианта ШАР у большинства больных – 74,5% приходилось на зрелый возраст (после 20 лет), 25,5% – на период юности (от 17 до 20 лет).

Критериями включения в исследование послужили манифестный депрессивный приступ ШАР с конгруэнтностью (соответствием) фабулы психотических переживаний доминирующему аффекту, наличием одного или более шизофренических симптомов перечня «а-г» диагностических указаний МКБ-10 (F20), длительность психотического состояния не менее 1 месяца. Критерии исключения соответствовали тексту МКБ-10 в рубрике F25 с особым вниманием на наличие на доманифестном этапе бредовой симптоматики, в т.ч. перемежающейся с «чисто» аффективными расстройствами. Нами также исключались больные с продуктивной симптоматикой без сопутствующих аффективных расстройств на ак-

тивном этапе течения приступа.

Исследование включало психопатологический анализ актуальной психопатологической симптоматики приступа.

Для выявления статистически значимых различий между выделенными клиническими группами использовались: непараметрический критерий χ^2 с поправкой Йейтса (номинальные, бинарные данные) [10], критерий Фишера (в случае, если ожидаемая частота <5) [11].

Результаты и обсуждение

Средний возраст манифестного приступа составил $30,2 \pm 1,5$ лет. Длительность активного течения приступа, включая выход из него с момента регрессивности продуктивной симптоматики, в предпринятом нами исследовании был равен: до 1 мес. – 11 (21,6%) больных, 2-х мес. – 19 (37,3%), 3-х мес. – 5 (9,7%) и более 3 мес. – 16 (31,4%).

В зависимости от количества психотических синдромов, в том числе обязательных из перечня «а-г» (F20 МКБ-10), изученные больные с манифестным депрессивным ШАР (n=51) распались на 2-е группы: 1-я – с мономорфной (n=14, 27,5%/51), 2-я группа – с полиморфной клинической структурой приступа (n=37, 72,5%/51). Мономорфная клиническая структура манифестного депрессивного ШАР в большинстве случаев (n=10) исчерпывалась вербальным галлюцинозом (истинный или псевдогаллюциаторный его варианты), в одном случае имел место функциональный вербальный галлюциноз, в 3-х наблюдениях преобладал бредовой регистр психотической симптоматики (острый чувственный бред либо синдром бредовой соматопсихической деперсонализации).

Отмечены достоверные статистические различия между группой больных с мономорфной и полиморфной клинической картиной: в первой группе больных значимо чаще встречались шизоидные (сензитивные и экспансивные варианты) преморбидных особенностей личности ($\chi^2=4,25$, df=1, p=0,039); стресс-провоцированные аффективные расстройства на доманифестном этапе ($\chi^2=4,70$, df=1, p=0,03), при этом последние чаще были представлены депрессивным расстройством ($\chi^2=3,99$, df=1, p=0,045) и в виде единичного эпизода ($\chi^2=5,19$, df=1, p=0,022). Напротив, у больных с полиморфной структурой приступа значимо чаще имели место тревожные (уклоняющиеся) особенности преморбидной личности ($\chi^2=4,14$, df=1, p=0,04); на доманифестном этапе выявлялось биполярное аффективное расстройство ($\chi^2=3,96$, df=1, p=0,046), при этом в виде сдвоенных аффективных фаз, реже континуального течения ($\chi^2=5,18$, df=1, p=0,022).

Различия в особенностях доманифестной аффективной симптоматики в зависимости от мономорфной/полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР представлены в таблицах 1 и 2.

К особенностям истинного вербального галлюциноза с мономорфной структурой приступа отнесены: внешняя проекция «голосов» («откуда-то снизу», «со стороны»), но, как правило, без уточнения больными конкретного пространства; идентификация «голосов» по полу и степени знакомства, в единичных наблюдениях, это «нереальный голос, как будто запись на пленке». «Голоса» комментируют поведение больной; могли иметь угрожающее содержание с перечислением конкретных агрессивных актов в адрес больной. В единичном наблюдении, больная не могла разобрать содержание «голосов» со стороны («разговаривают между собой, о чем-то болтают, не могу понять о чем»); у этой же больной отмечена трансформация истинного вербального галлюциноза на этапе, близком к выходу из приступа в псевдогаллюциноз с тем же неразборчивым содержанием, но сменой пола – «мужской голос в голове что-то бормочет, а что, не могу понять». Содержание истинного вербального галлюциноза в случае моно-

Тип аффективных расстройств на доминантном этапе в зависимости от мономорфной/полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР

Тип аффективного расстройства на доминантном этапе	Клиническая структура приступов			
	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
Депрессивное расстройство, в том числе	10*	71,4	14*	37,8
1.1. единичное	10**	71,4	11**	29,7
1.2. рекуррентное	-	-	3	
2. Единичная гипомания	-	-	3	
Биполярное аффективное расстройство, в том числе	1***	7,1	12***	32,4
3.1. сдвоенные фазы, значительно реже континуальное течение	-	-	10****	27,0
3.2. фазы, разделенные по времени	1		2	
4. Отсутствовали аффективные расстройства	3	21,4	8	21,6

Примечание: * - различия статистически значимы при $p=0,045$; ** - различия статистически значимы при $p=0,022$; *** - различия статистически значимы при $p=0,046$; **** - различия статистически значимы при $p=0,022$.

морфной структуры депрессивного приступа ШАР не связано в единую фабулу. Лишь в единичном наблюдении имело место формирование, по существу, систематизированного галлюцинаторного бреда.

Особенности возникновения аффективных расстройств в зависимости от мономорфной/полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР

Возникновение аффективных расстройств	Клиническая структура приступа			
	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
1. Аутохтонное	2*	14,3	18*	48,6
2. Провоцированное стресс-фактором	9**	64,3	11**	29,7

Примечание: * - различия статистически значимы при $p=0,033$; ** - различия статистически значимы при $p=0,03$.

Примечательным является отсутствие разработок способов, с помощью которых «голоса» следят за больными, комментируют их поведение; чаще больные вообще не упоминают о каких-либо технических средствах, либо недоброжелатели используют «следящие устройства – взяли где-то напрокат»; следят за больной с помощью вмонтированного в дверь ванной комнаты глазка, видеокамеры (больная проживает с сыном в общежитии); слежка за больной с прослушиванием осуществляется с помощью уличной антенны.

В случае вербального псевдогаллюциноза в структуре мономорфной клинической структуры депрессивного ШАР, как и при наличии его истинного варианта, сохраняется идентификация голосов по полу и степени знакомства; в единичных случаях, «средний голос внутри головы, непохожий ни на мужской, ни на женский». Содержание «голосов» по большей части остается угрожающим; «голоса» могли иметь обвиняющее содержание (наказали «за тщеславие, обиду, нанесенную в прошлом мужчинам в виде отказа в интимных отношениях»); выступали в виде «состояющихся» друг с другом сторон. На этапе, предшествующем выходу из психоза, возможна трансформация вербальных псев-

догаллюцинаций в беззвучные голоса по типу диалогического мышления («Веду беседу с 3-мя персонажами») либо сочетание вербального псевдогаллюциноза с отрывочным проявлением истинного его варианта.

Остановимся еще на одной особенности, свойственной клинике, как истинного, так и псевдогаллюцинаторного варианта вербального псевдогаллюциноза в случае мономорфной структуры манифестного депрессивного ШАР. Речь идет о «симптоме открытости» или, вернее, о сознании открытости своих мыслей по механизму умозаключения [12]. Иными словами, больные приходят к умозаключению, что их мысли известны голосам, на основании интерпретации сохраняющейся содержательной взаимосвязи между своим мышлением и «чужой речью» (голоса). На нашем материале, это, к примеру, «соседи озвучивали мои мысли – о чем я не подумаю, они уже знают и отвечают мне», или «голоса родственников за стенкой со стороны мужа знают мои мысли – я только подумаю, а они уже говорят наперед, что будет».

Таблица 2

В случае полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР в большинстве случаев ($n=28, 75,7\%/37$) статус больных определялся вербальным галлюцинозом – истинным и псевдогаллюцинаторным его вариантом (соответственно $n=12, 42,9\%/28$ и $n=16, 57,1\%/28$), в единичных наблюдениях, имел место вербальный функциональный галлюциноз ($n=1, 2,7\%/37$). Особенными являются сочетанные проявления вербального галлюциноза в виде основного синдрома с эпизодическим возникновением в дебюте и на активном этапе течения приступа эпизодов остро чувственного бреда (бредовое настроение, символического значения, интерметаморфозы, острого параноида, бреда инсценировки), эпизодов наглядно-образного бреда воображения, отдельных проявлений синдрома психического автоматизма либо бредовых эпизодов с фабулой порчи, ущерба, мнимой беременности, конфабуляторного бреда. Среди иных факультативных синдромов, наряду с определяющим клиническую картину приступом вербального галлю-

Синдромологическая характеристика манифестного приступа депрессивного варианта ШАР в зависимости от мономорфной или полиморфной структуры приступа

Синдромы	Клиническая структура приступа			
	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
1. Бред как стабильный синдром	3	21,4	3	8,1
2. Бред с различной фабулой, но как эпизод	0*	-	25*	67,6
3. Вербальный галлюциноз (истинный, псевдогаллюциноз, функциональный)	11	78,5	28	75,7
4. Прочие виды галлюцинаций как эпизод	0**	-	9**	24,3
5. Отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо (идеаторный и моторный его варианты)	0***	-	8***	21,6
6. Эпизоды кататонической симптоматики	0		7	18,9
7. Эпизоды ориентированного онейроида	0		6	16,2
8. Кататонический онейроидный синдром	0		3	8,1
9. Ориентированный онейроид	0		2	5,4

Примечание: * - различия статистически значимы при $\chi^2=12,9, df=1, p=0,00032$; ** - различия статистически значимы при $\chi^2=4,55, df=1, p=0,032$; *** - различия статистически значимы при $\chi^2=3,95, df=1, p=0,046$.

циноза, выявлено эпизодическое возникновение зрительных и обонятельных галлюцинаций, галлюцинаций воображения, в единичном наблюдении, висцеральных галлюцинаций. Сравнительная синдромологическая характеристика манифестного депрессивного ШАР в зависимости от мономорфной или полиморфной структуры приведена в таблице 3.

В единичных наблюдениях (n=3), основное клиническое проявление полиморфного по структуре манифестного депрессивного ШАР складывалось из бредового регистра. Это определенная синдромологическая этапность при формировании бреда инсценировки; сочетанные проявления бреда порчи с мизоманией; ипохондрический бред с галлюцинациями воображения. В 2-х наблюдениях к полиморфной структуре манифест-

ного депрессивного ШАР отнесены ориентированный онейроид с наличием вербального псевдогаллюциноза либо идеаторного варианта синдрома психического автоматизма. Специального обсуждения заслуживает небольшая группа больных с наличием эпизодов субкататонической, значительно реже кататонической симптоматики, в структуре манифестного депрессивного шизоаффективного расстройства (n=10, 19,6%/51).

Таким образом, перспективным с позиции диагностики в повседневной психиатрической практике и, что немаловажно, фармакоэкономического аспекта терапии является дифференциация острого шизоаффективного расстройства, на примере его депрессивного варианта, на мономорфную и полиморфную клиническую структуру приступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бологов П.В. Типологическая характеристика манифестных состояний шизоидоминантной формы шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – №6. – С.14-18.
2. Дикая В.И., Корнев А.Н., Бологов П.В. О клинической дифференциации шизоаффективного психоза // Материалы науч.-практ. конференции с международным участием «Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы». – М., 1998. – С.22-33.
3. Корнев А.Н. Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – №6. – С.45-49.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические отнесения и указания по диагностике. – СПб., 1994. – 300 с.
5. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. К вопросу о клинической и нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза // Эндогенная депрессия (клиника, патогенез): Тезисы докладов научной конференции / Под ред. А.С. Боброва. – Иркутск, 1992. – С.108-109.
6. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. Шизоаффективный психоз // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М., 1999. – Т. 1. – С.636-667.
7. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Клинико-нозологический подход к диагностике шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №9. – С.4-8.
8. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Шизоаффективный психоз: нозологическая оценка и дифференциальный диагноз // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 9. – С.4-10.
9. Пантелеева Г.П., Артюх В.В., Копейко Г.И. и др. Клинико-генетические особенности и нозологическая оценка шизоаффектив-

ного психоза в систематике эндогенных приступообразных психозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №4. – С.12-21.

10. Петру А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. – Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 144 с.

11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

12. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М., 2009. – 216 с.

13. Averill P.M., Reas D.L., Shack A., et al. Is schizoaffective disorder a stable diagnostic category: a retrospective examination // Psychiatric Quarterly. – 2004. – №75(3). – P.215-227.

14. Kantrowitz J.T., Citrome L. Schizoaffective Disorder: A Review of Current Research Themes and Pharmacological Management // CNS Drugs. – 2011. – №25(4). – P.317-331.

15. Koola M.M., Fawcett J.A., Kelly D.L. Case Report on the Management of Depression in Schizoaffective Disorder, Bipolar Type Focusing on Lithium Levels and Measurement-Based Care // Journal of Nervous & Mental Disease. – 2011. – №199(12). – P.989-990.

16. Malhi G.S., Green M., Fagiolini A., et al. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations // Bipolar Disorders. – 2008. – Vol. 10. №1. Suppl. – P.215-230.

17. Martin L.F., Hall M.-H., Ross R.G., et al. Physiology of Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Schizoaffective Disorder // American Journal of Psychiatry. – 2007. – №164(12). – P.1900-1906.

18. Norman R.M.G., Malla A.K., Manchanda R., Townsend L. Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2005. – №112(1). – P.30-39.

19. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M., et al. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder // Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. – №56. – P.241-247.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГМАПО, кафедра психиатрии, тел./факс (3952) 464568, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru, Бобров Александр Сергеевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Рожкова Марина Юрьевна – очный аспирант кафедры; Рожкова Нина Юрьевна – доцент кафедры.

© ЛЕВИНА Т.В., КРАСНОВА Ю.Н. – 2012

УДК [616.12+616.24]:616.89-008.441.33+613.84

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ

Татьяна Валерьевна Левина, Юлия Николаевна Краснова

(Иркутская государственная академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. – д.м.н., проф. С.Г. Ку克林, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров)

Резюме. Проведено обследование 100 курящих медицинских работников с индексом курения ≥ 5 пачка/лет. Каждому обследуемому на фоне бифункционального мониторинга ЭКГ и АД («Астрокард») было проведено 2 «острых» теста с выкуриванием сигарет: первый тест – выкуривание одной сигареты и через 24 часа второй тест – выкуривание двух сигарет. До и после выкуривания одной и двух сигарет определяли диаметр плечевой артерии, пульсоксиметрию (аппарат Nonin Onyx, США), спирометрию (спирограф Microlab, Англия). Результаты исследования показали, что отмечается дозозависимое влияние табака на функцию эндотелия, ЧСС, насыщение крови кислородом и ДАД.

Ключевые слова: табакокурение, медицинские работники.

INFLUENCE OF TOBACCO SMOKING ON CARDIORESPIRATORY PARAMETERS

T.V. Levina, J.N. Krasnova
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education)