

Личностная тревожность как патопсихологический маркер негативных аспектов внутренней картины болезни у больных с генерализованным тревожным расстройством

А.А.Атаманов

Челябинская государственная медицинская академия,
кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской психологии
(зав. кафедрой – проф. И.В.Шадрина)

Характер внутренней картины болезни при ГТР остается недостаточно изученным. Особое значение имеют аспекты внутренней картины болезни, оказывающие существенное антитерапевтическое действие. Целью настоящей работы является изучение мотивационных аспектов внутренней картины болезни при ГТР. Было обследовано 204 больных с генерализованным тревожным расстройством в критериях МКБ-10, из них 62,7% – женщины; средний возраст контингента – $35,2 \pm 11,5$ года. Использовался специально разработанный нешкальный клинический опросник непрерывной тревоги (КОНТ). Патопсихологическое исследование включало шкалу тревожности Спилбергера–Ханина, шкалу тревожности Шихана, опросник самооотношения Пантеева (МИС) и характерологический опросник Леонгарда. Были выявлены антитерапевтические аспекты мотивации больных с ГТР, которые в рамках внутренней картины болезни получили название анксиопатии. Маркером анксиопатии была личностная тревожность по Спилбергеру.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, личностная тревожность, мотивация

State anxiety as a pathopsychological marker of inside illness imprint negative aspects in generalized anxiety disorder patients

A.A.Atamanov

Chelyabinsk State Medical Academy, Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology
(Head of the Department – Prof. I.V.Shadrina)

The content of subjective disease knowledge known as «inside illness imprint» in generalized anxiety disorder (GAD) stays incompletely investigated. Thus, some aspects of subjective disease knowledge have large anti-therapeutic influence. The investigation of anti-therapeutic motivation in 204 GAD patients (62,7% females, mean age $35,2 \pm 11,5$ years) was held. CIDI-based inventory, Spielberger and Sheehan anxiety scales, Leonhard and Pantileev self-inventories were used. Self-destructive, anti-therapeutic motivation named as «anxiopathia» in GAD patients was found. Spielberger's state anxiety as an anxiopathia marker was shown.

Key words: generalized anxiety disorder, state anxiety, motivation

Интерес к внутренней картине болезни при неврозах в отечественной психиатрии традиционно высок. Рассматривается влияние внутренней картины болезни на течение, прогноз и результаты терапии тревожных расстройств [1–3]. А.Ш.Тхостов определяет внутреннюю картину болезни

как совокупность представлений пациента о своем заболевании и отделяет ее от опыта болезни, переживаемого индивидом [4]. Так, ведущий симптом генерализованного тревожного расстройства (ГТР) согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) – постоянная немотивированная тревога – в большинстве случаев переживается больными как беспричинное внутреннее беспокойство, однако представления о характере своего заболевания у пациентов крайне разнятся. В основном внутренняя картина болезни при ГТР формируется в общении с лечащим врачом и в результате ознакомления с популярными медицинскими источниками, которые могут отражать одну из трех наиболее распространенных научных позиций.

Для корреспонденции:

Атаманов Алексей Анатольевич, ассистент кафедры психиатрии Челябинской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук по специальности 14.00.18.

Адрес: 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

Телефон: (351) 262-6788

E-mail: atamanov_psy@mail.ru

Статья поступила 06.06.2008 г., принята к печати 25.02.2009 г.

A.Hale [5] и многие другие авторы рассматривают тревогу при ГТР как результат функционального дисбаланса лимбических и стволовых структур в соответствии с моделью лимбико-гипоталамо-гипофизарной активации Кэннона–Селье. ГТР для этой группы исследователей – классический тревожный невроз, самоактуализация и хроническое течение которого обеспечиваются посредством субадаптивной модели невротической компенсации. С этих позиций внутренняя картина болезни будет отражать результат динамического взаимодействия актуальной симптоматики функционального психического расстройства и невротической модели реагирования личности на болезнь.

Альтернативная позиция представлена в работах J.Gorman [6] и значительного числа других авторов, которые видят в клинических симптомах ГТР проявления морфологического дефекта преимущественно левой или обеих миндалин мозга или ее основных проводящих путей. В трактовке этой группы включающей в основном американских исследователей, ГТР – «условный» невроз, псевдоневротическое состояние органического генеза. С этих позиций внутренняя картина болезни отражает патологический дефект ключевых психических функций, не способных к самовосстановлению и нуждающихся исключительно в медикаментозной коррекции. Взаимодействие личности и болезни будет иметь значение лишь для поддержания комплаентности, а в остальных аспектах им можно пренебречь. Вместе с тем речь не идет о наличии грубых неврологических и параклинических признаков органического поражения головного мозга с формированием органического тревожного расстройства (F06.4 МКБ-10).

Третий взгляд на феноменологию ГТР сложился в недрах русской классической школы психиатрии П.Б.Ганнушкина – А.В.Снежневского. Ведущие симптомы ГТР представители этой школы рассматривают как стереотипную реакцию декомпенсации у патологической личности ананкастного круга (F60.5), и рубрика ГТР при диагностике ими не используется [7]. Внутренняя картина болезни с этих позиций отражает представления о личностном своеобразии и необходимости особых условий быта, труда и характера коммуникации.

Таким образом, кредо внутренней картины болезни при ГТР в конечном счете сводится к трем самоопределениям больных: «я – невротик», «я – органик» и «я – психопат». «Невротическая» концепция внутренней картины болезни предполагает возможность личного усилия по преодолению расстройства, надежду на выздоровление и освобождение от болезни, а также достижение качества жизни, доступного психически здоровым людям. «Органическая» концепция является ядром пассивно-рентной установки, ориентированной на госпитализацию и скорейшую инвалидизацию с целью получения льготных медикаментов и пенсии. «Психопатическая» концепция мотивирует десоциализирующие тенденции в поведении больных ГТР, в первую очередь самоизоляцию и избегание. Адекватность каждой из позиций, их формирование и устойчивость – один из важных этических и деонтологических вопросов. Вместе с тем помощь пациенту в осмыслении основных клинических симптомов ГТР в любом случае этична и гуманна. В этой связи важен рост числа исследований, направленных на выявление природы ведущего симптома ГТР, – беспокойства, воз-

никающего при отсутствии угрозы. Так, при регистрации содержания текущих опасений больных с ГТР было обнаружено, что в течение одного месяца наблюдений 7 тем актуальных опасений последовательно заменились у больных на 7 других тем без изменения интенсивности переживаний [8]. Выявлялась ассоциация качества жизни больных с ГТР с общим снижением эмоционального здоровья и низким уровнем удовлетворенности жизнью [9]. Обнаруживалась обратная зависимость величины экспрессии тревожной эмоции от степени критичности к внутренним переживаниям [10]. S.Bogels и соавт. показали, что больные ГТР транслируют детям модель тревожного воспитания, приводящую, в свою очередь, к развитию тревожного расстройства [11].

Следует заметить, что изолированное изучение феномена беспокойства представляется недостаточно целесообразным. Клиническое изучение симптомов ГТР должно быть дополнено изучением мотивационных аспектов внутренней картины болезни, способствующих поддержанию беспокойства на неизменном уровне.

Цель настоящей работы – изучить мотивационные аспекты внутренней картины болезни при ГТР.

Пациенты и методы

Были обследованы 204 больных с генерализованным тревожным расстройством в критериях МКБ-10, из них 62,7% – женщины; средний возраст контингента – $35,2 \pm 11,5$ года. В целях формальной регистрации типичных симптомов расстройства был разработан нешкальный клинико-диагностический опросник, ориентированный на критерии ГТР МКБ-10, получивший условное название «клинический опросник непрерывной тревоги» (КОНТ). В КОНТ были также использованы уточняющие критерии DSM-IV-TR и симптомы, не являющиеся критериями ГТР, но отмеченные в рамках расстройства отдельными авторами [12]. Оценивалась выраженность аффективных, когнитивных, вегетативных, моторных и поведенческих симптомов ГТР, а также суммарный балл КОНТ. Патопсихологическое исследование включало шкалу тревожности Спилбергера–Ханина, шкалу тревожности Шихана, опросник самоотношения Панталева (МИС) и характерологический опросник Леонгарда. Для обеспечения процедур анализа, в соответствии с рекомендациями автора теста, была применена рейтинговая оценка личностной тревожности по Спилбергеру–Ханину (ЛТ): умеренная тревожность – от 20 до 40 баллов включительно; высокая тревожность – от 41 до 60 баллов; чрезвычайная тревожность – свыше 61 балла.

Исследовался характер ассоциаций переменной «рейтинг ЛТ» с анамнестическими, клиническими и патопсихологическими показателями. Также анализировался характер различий между подгруппами с умеренной, высокой и чрезвычайной выраженностью ЛТ в величинах исследуемых анамнестических, клинических и патопсихологических переменных.

Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета SPSS v.13. Использовались тест нормальности распределения Колмогорова–Смирнова, тест ассоциации Хи-квадрат Пирсона и непараметрический критерий сравнения Манна–Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Подгруппу больных с умеренными значениями личностной тревожности по Спилбергеру составили 7,4% больных (средний возраст – 27,1 года). Подгруппу с выраженными значениями ЛТ составили 12,7% больных (средний возраст – 27 лет). Подгруппу больных с крайне выраженными значениями ЛТ по Спилбергеру составили 79,9% пациентов (средний возраст – 36,5 года). Распределение по возрасту во всех измерениях значимо ($p < 0,05$). В целом в исследуемой группе значительно преобладали крайне высокие значения ЛТ.

Ассоциации Хи-квадрат показателя «рейтинг ЛТ» с анамнестическими показателями оказались достаточно обширными (табл. 1). Наибольшими значениями характеризовалась ассоциация с возрастом. Интересны связи с качественными и количественными переменными наследственной отягощенности и медицинских патогенных факторов в преморбиде. Тем самым обнаруживалась связь ЛТ с важными факторами «почвы» заболевания. Знаковым явилось наличие связей с общими клиническими переменными (длительностью расстройства, общим баллом КОНТ и характером врачебного наблюдения) и отсутствие связей с частными клиническими показателями (компонентами ГТР по КОНТ), а также с характером проводимой терапии. Другими словами, показатель личностной тревожности по Спилбергеру отражал клинику ГТР в целом с его течением, тяжестью текущего «обострения» и мерой лечебно-диагностического вмешательства в состояние, но не отражал существенных составляющих актуальной клиники ГТР – ее аффективный, когнитивный, вегетативный, моторный и поведенческий компоненты. Не влияла величина ЛТ и на выбор пациентом того или иного варианта терапии. Присутствовала выраженная связь с тревожностью по Шихану, связанной с широким спектром показателей. Ассоциации с

показателями самоотношения по МИС Панталева – эмоционально-оценочной стороной самосознания обнаруживали гендерные различия. Ведущее значение имела ассоциация показателя с внутренней конфликтностью – негативной и конфликтогенной саморефлексией. Среди шкал психологического опросника Леонгарда ЛТ ассоциировалась с переменными аффективного (гипертимность, циклотимность) и органического (возбудимость и педантичность) круга, но не с психологической тревожностью, отражающей «конституциональное ядро» тревожного аффекта в структуре ГТР. Наиболее выраженными были ассоциации с циклотимностью. Таким образом, личностная тревожность по Спилбергеру не была связана ни с величиной актуального тревожного аффекта (аффективный компонент ГТР по КОНТ), ни с величиной тревожного «конституционального ядра» (тревожность по Леонгарду). Напротив, показатель отражал субклинические биполярные влияния, преимущественно личностной природы (связи с внутренней конфликтностью и самообвинением по МИС; гипертимность и циклотимность по Леонгарду).

Между подгруппами с разной выраженностью ЛТ (табл. 2) посредством непараметрического сравнения были выявлены значимые ($p < 0,05$) различия. Больные ГТР из подгруппы крайне выраженных значений ЛТ были значимо ($p < 0,05$) старше пациентов других групп сравнения, имели наиболее выраженную наследственную отягощенность и при этом реже отмечали безразличие родителей и психотравмирующие вредности в преморбиде. Длительность же заболевания в этой подгруппе была наибольшей среди сравниваемых подгрупп. Подгруппа крайне выраженных значений ЛТ характеризовалась также наименьшим уровнем реактивной тревожности по Спилбергеру и наиболее выраженными значениями внутренней конфликтности и самообвинения (самонаказания) по МИС. Таким образом,

Таблица 1. Ассоциации рейтинга личностной тревожности по Спилбергеру с анамнестическими, клиническими и патопсихологическими показателями

Показатель	Хи-квадрат Пирсона		Хи-квадрат – коэффициент подобия		Хи-квадрат – чрезлинейная ассоциация	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Возраст	105	0,032	105,2	0,031	30,2	0,000
Количество профессиональных нарушений (м)	13,7	0,033	–	–	–	–
Матримониальный статус	13,3	0,01	11,6	0,021	4,9	0,028
Количество психических заболеваний в роду	–	–	–	–	7,5	0,006
Качество наследственных вредностей (ж)	19,5	0,012	20,4	0,009	–	–
Модель воспитания	18	0,006	17,3	0,008	5,8	0,017
Количество медицинских вредностей в преморбиде	12,4	0,015	19,7	0,001	–	–
Качество медицинских вредностей в преморбиде	27	0,000	32,6	0,000	14,5	0,000
Длительность заболевания	90,2	0,000	83,7	0,000	38,3	0,001
Характер врачебного наблюдения	51,6	0,000	47,8	0,000	–	–
Общий балл КОНТ	67,9	0,000	58	0,003	–	–
Реактивная тревожность по Спилбергеру (+м)	–	–	–	–	8,3	0,04
Тревожность по Шихану	190	0,001	–	–	6	0,014
Закрытость по МИС (м)	31,9	0,022	–	–	–	–
Самоуверенность по МИС (ж)	32,5	0,009	–	–	–	–
Отраженное самоотношение по МИС (м)	28,4	0,013	26	0,026	–	–
Самоценность по МИС (ж)	26,7	0,021	–	–	–	–
Рейтинг самопривязанности по МИС (м)	–	–	–	–	6,5	0,011
Внутренняя конфликтность по МИС (+ж)	28	0,032	27	0,041	9,6	0,002
Самообвинение по МИС	–	–	–	–	5,8	0,016
Гипертимность по Леонгарду	–	–	25,9	0,026	–	–
Возбудимость по Леонгарду	–	–	35,3	0,018	–	–
Педантичность по Леонгарду	–	–	–	–	5,2	0,023
Циклотимность по Леонгарду	36,7	0,000	24,4	0,018	–	–

(м), (ж) – показатель значим в гендерной группе, в общей группе связь отсутствует; (+м), (+ж) – связь в гендерной группе выражена сильнее, чем в общей группе.

Таблица 2. Различия анамнестических, клинических и патопсихологических показателей между подгруппами с различной выраженностью личностной тревожности по Ч.Спилбергеру до лечения

Показатель	Умеренная личностная тревожность (подгруппа 1)	Выраженная личностная тревожность (подгруппа 2)	Чрезвычайная личностная тревожность (подгруппа 3)
Возраст	27,1	27 ***	36,5 **
В разводе на момент исследования	6,7 %*	23,1 %	16,6 % **
3 и более тропных наследственных признаков	66,7 %*	50 % ***	81 %**
Гипоопека в родительской семье	53,3 %	50 % ***	20,2 % **
Психогении в преморбиде	100 %*	76,9 % ***	62,6 % **
Длительность заболевания > 10 лет	20 %*	30,8 %***	49,1 % **
Реактивная тревожность по Ч.Спилбергеру	58,7	54***	47,7 **
Внутренняя конфликтность по МИС	4,9	5 ***	5,9**
Самообвинение по МИС	5,8	6,1	6,7 **

*различия между подгруппами 1 и 2 значимы ($p < 0,05$);
 **различия между подгруппами 1 и 3 значимы ($p < 0,05$);
 ***различия между подгруппами 2 и 3 значимы ($p < 0,05$).

по мере увеличения величины ЛТ у больных ГТР происходило значимое ($p < 0,05$) усиление роли наследственного фактора и значимое ($p < 0,05$) снижение роли фактора социального. Также отмечалось значимое ($p < 0,05$) ослабление тревожной реактивности (РТ по Спилбергеру) и усиление внутриличностной аутодеструкции (внутренней конфликтности и самообвинения по МИС).

Поскольку величина ЛТ не оказывала существенного влияния на выбор терапевтического вмешательства, значимые ($p < 0,05$) различия в результатах терапии, выявленные при помощи непараметрического сравнения, были минимальны (табл. 3). При этом в подгруппе с крайней выраженностью личностной тревожности по Спилбергеру были получены значимо ($p < 0,05$) наихудшие результаты среди сравнивавшихся подгрупп. Вместе с тем, динамика показателей тревожности в этой подгруппе была наиболее значительной: величины ЛТ по Спилбергеру и тревожности по Шихану переместились из области высоких в область средних значений. Терапевтическая динамика деструктивных показателей самоотношения оказалась незначительной.

Полученные результаты ставят главный вопрос: почему величина ЛТ оказалась значимо ($p < 0,05$) связанной с факторами «почвы» расстройства, личностными и внутриличностными характеристиками больных, а также общими клиническими показателями, но при этом не выявляла существенного взаимодействия ни с актуальной клиникой ГТР, ни с характером и результатами терапии заболевания?

Личностная тревожность в понимании Ч.Д.Спилбергера близка концепции характерологической тревожности К.Леонгарда и отражает тревожно-мнительный радикал в структуре личности. Отсутствие у больных ГТР как параметрической корреляции, так и непараметрической ассоциации Хи-квадрат двух переменных между собой указывает на отсутствие линейного взаимодействия между этими составляющими тревожности как структуры личности. Следует предположить, что величина ЛТ по Спилбергеру измеряет не столько величину «ядерной» тревоги ананкастного радикала

Таблица 3. Различия патопсихологических показателей между подгруппами с различной выраженностью личностной тревожности по Ч.Спилбергеру после лечения

Показатель	Умеренная личностная тревожность (подгруппа 1)	Выраженная личностная тревожность (подгруппа 2)	Чрезвычайная личностная тревожность (подгруппа 3)
Личностная тревожность по Ч.Спилбергеру	24,3*	33 ***	41,9 **
Тревожность по Шихану	36,6	38,9 ***	50,9
Самопривязанность МИС	5,2	6	6,4 **
Внутренняя конфликтность МИС	5,5*	4,6 ***	5,7
Самообвинение МИС	4,4	5 ***	5,9 **

*различия между подгруппами 1 и 2 значимы ($p < 0,05$);
 **различия между подгруппами 1 и 3 значимы ($p < 0,05$);
 ***различия между подгруппами 2 и 3 значимы ($p < 0,05$).

личности, но в большей степени некие динамические аспекты личности, активно участвующие в реакции на генерализованное тревожное расстройство. Речь идет фактически о регистрации посредством ЛТ аспектов внутренней картины болезни при ГТР. В этой связи становится понятным наличие ассоциаций Хи-квадрат между ЛТ и факторами «почвы» расстройства как выражение общей «формы» реакции личности на ГТР. Также становится понятным и отсутствие ассоциаций Хи-квадрат непосредственно с клиническими проявлениями ГТР: осознание и переживание природы расстройства дано индивиду в отрыве от актуальной клинической симптоматики. Кроме того, становятся понятными как отсутствие связи с результатами терапии, так и некоторое усиление аутодеструктивных тенденций по мере увеличения выраженности ЛТ.

В приложении к аутодеструктивным аспектам внутренней картины болезни при ГТР нами предлагается термин «анксиопатия», которая есть, исходя из результатов нашего исследования, система свойственных конкретному больному пассивно-конформных интеллектуальных и мотивационных личностных паттернов взаимодействия с актуальной тревожной симптоматикой при ГТР, направленных на сосуществование с расстройством. Другими словами, анксиопатия есть негативная личностная интерпретация внутренней картины болезни при ГТР, она доступна больному в переживании, но не является непосредственным симптомом расстройства. Анксиопатия создает когнитивные предпосылки и мотивационно обеспечивает избегающее поведение для сохранения приемлемого уровня тревожного аффекта в привычных социальных условиях. Она обеспечивает комфортный для личности больного режим соматизации избыточного аффекта тревоги, механизмы вегетативного сброса и навыки совладания с актуальными вегетативными проявлениями ГТР. Также анксиопатия регулирует меру терапевтического воздействия со стороны психиатра-психотерапевта, способствуя разрыву терапевтических отношений по усмотрению самого больного. Тем самым обеспечивается хроническое малосимптомное, амбулаторное течение самоактуализирующегося тревожного невроза, не приводящего к усугублению существующей симптоматики, в чем заключается клиническая суть ГТР. В соответствии с концепцией стрессоустойчивости Г.Селье подобная система невротической субадаптации может существовать до момента возрастных изменений компенсаторных возможностей организма. В

целом, анксиопатия точно отражает этапы развития ГТР. Дезактуализация анксиопатии является ключом к решению задач психотерапии ГТР.

Выводы

Ведущим элементом внутренней картины болезни при ГТР следует считать анксиопатию – отделенное от актуальной клиники расстройства знание больного ГТР о собственном заболевании, организующее систему социальной субадаптации по типу «жизни с болезнью». Следует признать анксиопатию ведущим контртерапевтическим фактором. Цель психотерапевтических усилий – определить дезактуализацию анксиопатии как мотивационного паттерна. Патопсихологическим маркером анксиопатии следует считать шкалу личностной тревожности Спилберга–Ханина.

Феномен анксиопатии требует дальнейшего изучения.

Литература

- Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия. Тревога и обсессии / Под ред. А.Б.Смулевича. – М., 1998. – С.113–131.
- Калинин В.В., Максимова М.А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Соц. клин. психiatr. – 1993. – №3. – С.128–142.
- Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для групповой психотерапии. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д.Карвасарского., С.Ледера. – М., 1990. – С.242–272.
- Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш. и соавт. Лечение тревожно-фобических расстройств: непосредственный и отдаленный результат, прогноз эффективности (клинико-катамнестическое исследование). Тревога и обсессии / Под ред. А.Б.Смулевича. – М., 1998. – С.158–190.
- Hale A.S. ABC of mental health: Anxiety // Brit. Med. J. – 1997. – V.314 (7098). – P.1886–1889.
- Gorman J.M., Hirschfeld R.M., Ninan P.T. New developments in the neurobiological basis of anxiety disorders // Psychopharmacol. Bull. – 2002, Summer. – V.36. – Suppl. 2. – P.49–67.
- Смулевич А.Б. Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) // Журн. неврол. психiatr. – 2000. – №6. – С.8–13.
- Constans J.I., Barbee J.G., Townsend M.H., Leffler H. Stability of worry content in GAD patients: a descriptive study // J. Anxiety Disord. – 2002. – V.16 (3). – P.311–319.
- Massion A.O., Warshaw M.G., Keller M.B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder // Am. J. Psychiatry. – 1993. – V.150. – P.600–607.
- Renshaw K.D., Chambless D., Steketee G. Comorbidity fails to account for the relationship of expressed emotion and perceived criticism to treatment outcome in patients with anxiety disorders // J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. – 2001, Sep. – V.32(3). – P.145–158.
- Bogels S.M., Zigterman D. Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder // J. Abnormal Child Psychol. – 2000. – V.28(2). – P.205–211.
- Brown T.A. The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: current evidence and conceptual models // Can. J. Psychiatry. – 1997. – V.42. – P.817–825.

СТРАНИЧКА УЧЕНОГО СОВЕТА РГМУ

Автор	Тема	Специальность
Прикулс Владислав Францевич	Лекарственный фотофорез в восстановительном лечении больных хроническим генерализованным пародонитом	14.00.51 – восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия; 14.00.21 – стоматология (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского и Московском государственном медико-стоматологическом университете. Научные консультанты – д.м.н., проф. М.Ю.Герасименко; д.м.н., проф. С.А.Рабинович. Защита состоится 21.12.09 в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.07 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		
Петров Сергей Анатольевич	Клинико-функциональные и иммунопатогенетические механизмы формирования усиления рефракции	14.00.36 – аллергология и иммунология; 14.00.08 – глазные болезни (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в Тюменской государственной медицинской академии и Тюменском филиале ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН. Научные консультанты – д.м.н., проф. Ю.Г.Суховой; д.м.н., проф. Е.И.Сидоренко. Защита состоится 21.12.09 в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.05 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		
Кривенцев Юрий Алексеевич	Гемоглобины человека: иммунобиохимическая характеристика и медико-биологическое значение	03.00.04 – биохимия (медицинские науки)
<i>Работа выполнена в Астраханской государственной медицинской академии. Научный консультант – д.м.н., проф. Д.М.Никулина. Защита состоится 28.12.09 в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.01 (117997, Москва, ул. Островитянова, 1; тел. для справок: 434-84-64).</i>		