

ция полужестким воротником при операциях с применением пористого никелида титана осуществлялась на протяжении  $46,6 \pm 1,4$  дней.



Рисунок 5



Рисунок 6

После снятия гипсовой повязки больным накладывался ватно-марлевый воротник типа Шанца сроком на  $14,7 \pm 2,3$  дня. В этот период больные получали физиотерапевтические процедуры, массаж и лечебную физкультуру.

Через  $150,6 \pm 7,8$  дней после операции с использованием аутокостного трансплантата, боль-

ные с не осложненными переломами, вывихами и переломовывихами шейного отдела позвоночника приступали к своей прежней профессиональной деятельности. Больные, оперированные с применением имплантата из пористого никелида титана, возвращались к профессиональной деятельности через  $77,3 \pm 4,6$  дня.

В послеоперационном периоде тяжелых осложнений не было. Только у двух больных на протяжении 4 дней отмечены явления дисфагии, связываемые нами с отеком мягких тканей шеи. У одного человека на протяжении пяти дней сохранялась осиплость голоса.

Отдаленные результаты лечения изучены у 96 человек и оценивались нами по трехбалльной шкале как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошие результаты получены у 56 (58,3%) человек, удовлетворительные у 34 (35,4%), неудовлетворительные – у 6 (6,3%) больных (анатомический перерыв спинного мозга или грубые его повреждения).

#### ВЫВОДЫ:

1. Передний межтеловой расклинивающий спондилодез с применением пористых имплантатов из никелида титана позволяет прочно стабилизировать поврежденные позвоночные сегменты, создает условия для ранней реабилитации больных.

2. Замещение аутокостных трансплантатов пористыми никелидтитановыми сплавами позволило снизить риск послеоперационных инфекционных осложнений за счет депонирования антибактериальных средств в порах металлоимплантата.

3. Применение усовершенствованных методик с использованием пористых имплантатов из никелида титана позволило сократить продолжительность стационарного лечения и значительно снизить продолжительность временной нетрудоспособности.

4. При выборе оперативных методов лечения повреждений шейного отдела позвоночного столба, предпочтение следует отдать спондилодезу с применением пористых имплантатов из никелида титана.

5. Пористые имплантаты из никелида титана не вызывают общих и местных реакций, длительное время сохраняют прочность к нагрузкам, которые испытывает шейный отдел позвоночника. Это позволяет рекомендовать никелидтитановые имплантаты для дальнейшего внедрения в практику хирургии позвоночника.

#### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТИНУАЛЬНОГО ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ

Н.И. Куценко, С.А. Майер

Тюменская ОКПБ

Аффективные психозы – это эндогенные заболевания (Zihen Nh., 1911), клиническая картина которых в первую очередь определяется расстройствами аффективной сферы ( маниакально – депрессивный психоз, инволюционный и другие родственные заболевания).

Континуальный тип течения характеризуется непрерывной, неразрывной совокупностью процессов в проявлении психоза, где симптомы «первого ранга» (по Шнейдеру) следуют в соответствии очередности их динамического развития. В течение всей жизни с момента заболевания, преобладают маниакальные или депрессивные фазы. Эти расстройства, безусловно, выражаются в нарушении межличностных и социальных отношений, профессиональной деятельности. Однако, отсутствие деменции и злокачественности течения маниакально – депрессивного психоза позволяет профессиональному психиатру достаточно убедительно дифференцировать его от шизофрении.

Среди неблагоприятных вариантов континуального («быстроциклических» - Dunner D.L., Fieve R.R., 1974) биполярных аффективных расстройств (БАР) выделяют «ультрабыстрые» циклы (развитие четырех аффективных фаз или более в течение одного месяца), ультрадианные циклы (более четырех эпизодов инверсий фазы в течение одной недели) и даже ультра – ультрабыстрые циклы со сменой аффекта в течение суток (Kramlindir K.G., Post R.M., 1996), которые уже практически невозможно отличить от персистирующего, крайне неустойчивого смешанного, аффективного состояния. Близкий к ним по клинике «альтернирующий вариант» смешанного аффективного состояния (Сосюкало О.О., 1988) и «смешанная мания» (Himmelhoch J. Mttal., 1986), для которой характерна аффективная неустойчивость, являются «достаточно типичными феноменологическими фазовыми проявлениями» при континуальном течении, свидетельствуя о неблагоприятном прогнозе и сложности терапии данной патологии.

Однако, данные мнения, на наш взгляд, отражают, скорее, теоретическую версию, вызывая клинические сомнения, так как для врача – практика достоверно зафиксировать «ультрабыстрые» и «ультра – ультрабыстрые» циклы не представляется реальным (если он только не сопровождает пациента «рядом» круглосуточно), а делать убедительным выводы со слов пациента (субъективное мнение больного!), его родных, медицинского персонала и тому подобное: - весьма недостоверно, да и в итоге, даже исходя из этого и строя врачебное суждение – оно также будет сомнительным, отражая субъективность врача, базирующегося на предположениях – ибо никаких биохимических исследований в этих состояниях

не представлено, не на что «опереться» и сравнить.

Кроме вышеизложенного, даже если брать за истину, что депрессией можно назвать те известные структурные состояния, что продолжают «более двух недель», то «быстрее» и «ультрабыстрые», «ультра – ультрабыстрые» циклы не укладываются в принятый временной аспект, а, значит, рассматривать их как «циклы депрессии» противоречиво, это, скорее, депрессивные «реакции», чаще в смешанном аффекте.

Континуальный тип течения маниакально – депрессивного психоза (МДП) в структуре других известных вариантов течения в среднем составляет около 20%. Разница по полу незначительна, но у женщин чаще депрессивные фазы. Дебют с маниакальности – хуже, грозит «континуальностью», протекает тяжелее, что ближе к шизофрении. Возраст проявления континуального течения разнится от ориентира 20-40 лет. Исследования показали, что для больных с континуальным течением МДП характерен более поздний возраст начала заболевания, чем в иных вариантах течения. При терапии трициклическими антидепрессантами происходит, как учащение вариантов МДП, так и формирование неблагоприятного (континуального) течения, что приводит к инвалидизации. До 15% случаев у больных в депрессивной фазе МДП имеет место завершённый суицид и до 70% планируют его. Опасно и состояние в период «выздоровления», то есть выхода из депрессии, когда у больных восстанавливается необходимая энергия для выполнения запланированного суицида (парадоксальный суицид), поэтому при выписке из стационара будет ошибочным и недальновидным выдавать антидепрессанты в количестве, более чем на 2 дня.

В приморбиде МДП («циркулярного» психоза) нет существенной разницы с преморбидом личности при шизофрении. Наиболее частые черты преморбидной личности – статотимичность (привязанность к определенным стереотипам,ustom, общению, «застывание» на аффекте, злоба, ригидность).

Первая фаза чаще начинается с депрессии, спровоцированной «психогенной» причиной, родами. Возобновление провоцируемой вновь депрессивной фазы – неутешительный прогноз. Если первая фаза начинается с мании – это чаще всего процессуальное заболевание в форме шизофрении; «эндогенный» признак – сезонность (у каждого пациента – своя); средняя продолжительность депрессии приблизительно несколько лет (от 3-6 месяцев). Последующая депрессия – чаще длиннее предыдущей. Депрессии не «вылечивают». Нельзя говорить о «курсе лечения» – это всегда индивидуально. Нельзя в процессе лечения делать медикаментозных «обрывов». Лечение строится «до конца», медикаменты снижаются медленно, поочередно; поддерживают –

одним и тем же, ведущим антидепрессантом. Имеется тенденция депрессий к затяжным, к хронизации. Нередко – резистентность к терапии. При затяжном характере депрессии целесообразно строить лечение на месяц и, если нет реакции («ответа») – переходить на другой антидепрессант. Но желательно решить вопрос о резистентности препарата (нет соматического и психического «ответа» больного) и перевести на другой.

Необходимо заметить, что если пациент с континуальным течением МДП болеет давно и было много фаз, то заметны и некоторые личностные изменения: сужение круга интересов, «концентрация» на себе, эгоистичность, эмоциональная сухость, эгоцентризм, но это псевдодефект, то есть те изменения, что указывают на черты хронизации депрессии – «двойная» депрессия – фаза развития новой силы депрессии на же хронизации депрессивного состояния пациента.

По поводу сути инволюционной «меланхолии» (и с психическим регистром) разные мнения клиницистов. Чаще – это поздняя шизофрения. Встречаются нечасто. Здесь – практически некурабельные депрессии, не выздоравливают. Могут быть временные улучшения. Если же пациент полностью выходит из болезненного состояния – то это не инволюционная меланхолия. У мужчин бывает реже приблизительно в 10 раз.

Чаще начинается после провокаций – истинных психотравмирующих ситуаций, одиночества; псевдопсихогений – например, «ригидная» личность попадает в новые для нее условия жизни. Начинается с тревожности и постепенно размах тревоги увеличивается, переходит в ажитированность, на высоте которой к идеаторному присоединяется двигательное возбуждение, наблюдаются стереотипные самоповреждения (бьются головой о стену и прочее). Нередки – суицидальные попытки. Формируются атипичные, бредовые депрессии. У пожилых больных клиника МДП. имеет особенности: преобладают депрессивные приступы, в структуре которых выражены тревога, агитация, синдром Котара. В этом возрасте депрессия характеризуется вялостью, отсутствием побуждений, ворчливостью с раздражительностью; формируются ипохондрические и в сочетании с сенестопатическими расстройствами. При лечении отмечается улучшение, «поведенческие ужасы» нивелируются. Может развиваться активный негативизм, который усиливает бред, чаще «гибели» семьи, присоединяется и галлюцинаторный бред (слышат «смех», «звуки», «стоны» жертв). Устойчивый эгоцентризм. Идей самообвинения нет, но постоянны мысли усугубления «мучений», затягивание их. Нередко формируется вариант ипохондрического бреда, с бредом Котара, бредом «вечных мучений» (хотя грешниками себя не считают!) – это уже приступ, фактически не отличимый от шизофрении. Если в процессе лечения уменьшается интенсивность и частота

ажитаций, то пациенты могут быть дома, на амбулаторном лечении, чередуя посещения дневного стационара и амбулаторные, опасность суицида дезактуализируется.

#### Литература:

1. Звягельский М.А. Клинико-психопатологические особенности и лечение маниакально - депрессивного психоза с континуальным течением: Автореф. Дис... канд. Мед. наук. – М., 1988.
2. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике депрессии при биполярном расстройстве // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. - №4. – с. 106-114.
3. Лукомский И.И. К вопросу об атипичных формах МДП // Ленинградский психоневрологический институт имени В.М.Бехтерева. Труды инст. – Т.52 – 1969. – С. 17-23.
4. Мосолов С.Н. Биополярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение. «Медпрессфарм», 2008 г. с. 29-31.