

Сходные выводы получены в популяционном финском исследовании OPERA, в котором была выявлена взаимосвязь между уровнем систолического АД и ТИМ ОСА [19]. Анализ данных исследования Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) продемонстрировал, что увеличение ТИМ в диапазоне от 0,6 до 1 мм сопровождается ростом частоты ИБС у мужчин в 4,3 раза, а у женщин – в 19,5 раз [10]. Подтверждением неблагоприятного влияния АГ на развитие атеросклероза является преобладание ЛП(а) в группе с гипертензией, который отражает активность процесса при коронарном атеросклерозе, атеросклерозе мозговых сосудов, поражении периферических артерий [9]. Осложнённые бляшки наблюдались только при АГ. Особенности ремоделирования сосудистого русла экстракраниальных сосудов и гиперлипотеидемия (а) у женщин с ИБС и АГ в постменопаузе определяют структуру цереброваскулярных осложнений.

Выводы. У женщин в постменопаузе с постинфарктным кардиосклерозом выявлена эндотелиальная дисфункция, ассоциированная с АГ, дислипидемией и тяжестью ХСН. Наличие АГ явно не влияет на липидный спектр плазмы крови у пациенток в постменопаузе с постинфарктным кардиосклерозом. Однако значительно увеличивает концентрацию ЛП(а), что отражает активность атеросклеротического процесса. У женщин в менопаузе с ИБС после инфаркта при АГ имеются морфологические и биохимические маркеры осложненного течения атеросклероза.

Литература

1. Алмазов В.А. и др. // Кардиол.– 2001.– №5.– С.26–29.
2. Барт Б.Я. и др. // Рос. кардиол. ж.– 2001.– №5.– С.69–70.
3. Волкова Е.В. Функциональное состояние эндотелия и гиполлипидемическая терапия у больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда в молодом возрасте: Дис... канд. мед. наук // СПб ГМУ им. акад. И.П.Павлова.– СПб.– 2000.– 152 с.
4. Ковалева И. и др. // Consilium-medic.– 2004.– Vol.06.– №9.
5. Ольбинская Л.И., Найман Ю.И. // Тез. конф. «Сердечная недостаточность». – М.– 2004.– С.50.
6. Рудакова Т.П. // Новые Санкт-Петербургские Врачебные Ведомости.– 2000.– № 1.– С.47–50.
7. Сметник В.П., Шестакова И.Г. // Тер. архив.– 1999.– Т.71, №10.– С61–65.
8. Сметник В.П. Системные изменения у женщин в климактерии. // РМЖ.– 2001.– Т.9.– №9.
9. Туттов В.Н. // Клин. лаб. Диагн.-ка.– 1997.– №11.– С.3–8.
10. Burke GL et al. // The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Stroke.– 1995.– №26.– P.386–391.
11. Celermajer D.S. // J. Amer. Coll. Cardiology.– 1997.– Vol.30.– P.325–333.
12. Celermajer D.S. et al. // The Lancet.– 1992.– Vol.340.– P.1111–1115.
13. Ferrari R. et al. // Europ. Heart J.– 1996.– Vol.19.– P.41–47.
14. Genazzani A., Gambacciani M. // J Climacter.– 2000.– №3.– P.233–240.
15. Kerr S. et al. // Hypertension.– 1999.– №33.– P.1353–1358.
16. Krenak P. et al. // Hypertension.– 2001.– Vol.37.– P.1124.
17. Lawson D. et al. // Am. J. Cardiol.–1997.– №80.– P.1640.
18. Messerli F. et al. // Ann. Intern. Med.– 1983.– №99.– P.757.
19. Paivansalo M. et al. // J Hypertens.– 1996.– №14.– P.1433.
20. Zureik M. et al. // Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology.– 2000.– Vol.20, №3.– P.1622–1626.
21. Zwaka T.P. et al. // Circul.– 2001.– Vol.103.– №5.– P.1194.

THE ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND LIPID BLOOD PROFILE IN WOMEN AFTER MYOCARDIAL INFARCTION DEPENDING ON ARTERIAL HYPERTENSION IN POSTMENOPAUSE

S.A. PRIBYLOV, I.O. VO'KOVA, A.G. OVSYANNIKOV, N.N. KURBAKOV

Summary

In postmenopausal women with low estrogen levels remodeling occurred. The aim of this study was to assess endothelial function and dyslipidaemia and recognized there associated in postmenopausal women with ischemic heart diseases after myocardial infarction and arterial hypertension. The increase endothelin-1 plasma level and peripheral endothelial dysfunction associated with arterial

hypertension, atherogenic dyslipidaemia and chronic heart failure. The endothelial dysfunction and dyslipidaemia by postmenopausal women contribute development arterial atherosclerosis pronounced under arterial hypertension.

Key words: endothelin-1, endothelial dysfunction

УДК 159.9.07; 616.8-085.851

ОБЪЕМНОЕ ПСИХОКАРТИРОВАНИЕ – МЕТОД ОБЪЕКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.И. КУЧИНОВ*

В психотерапии и психодиагностике остро стоит проблема объективизации получаемых результатов. В процессе психотерапии происходят позитивные изменения в личности пациента, в его картине мира, в восприятии себя и других людей. Однако существует все еще мало тестовых методик, позволяющих объективно, достоверно и при этом наглядно отразить как первоначальное психическое состояние пациента, так и картину произошедших с ним терапевтических изменений.



Рис.1. ОПК при обращении

Недостаток обычных тестов-опросников заключается в том, что в них измеряется сознательное представление человека о самом себе. При этом возникает ряд проблем. Для того, чтобы эффект психотерапии отразился в результатах повторного тестирования, пациент должен полностью его осознать, что происходит далеко не всегда. Результаты данных тестов отражают поверхностный, а не глубинный психический уровень. Возможны «полусознанные» искажения результатов, когда пациенту кажется, что его состояние значительно улучшилось, в то время как на самом деле ничего не изменилось, либо, наоборот, при реальном улучшении, тенденция, в силу различных причин, принизить результативность лечебного эффекта. М.Е. Бурно отмечает, что «при клинически несомненном существенном, стойком терапевтическом эффекте у большинства психопатов профиль ММРІ обычно остается таким же «большим», как и до лечения» [2]. То есть результаты подобных тестов-опросников сильно зависят от сознательной интерпретации их пациентом, что снижает их достоверность и объективность. В-четвертых, большинство обычных тестов-опросников отражает не качественный, а количественный показатель. Данные методики не позволяют раскрыть полную картину отношения субъекта к миру или к целому классу каких-либо объектов, его истинные неосознаваемые переживания.

Эффективно решить эти проблемы позволяет Тест Осгуда, основанный на методе семантического дифференциала, разработанном в 1955 г. в ходе изучения механизмов синестезии и получившем применение в исследованиях, связанных с восприятием и поведением человека, с анализом социальных установок и личностных смыслов. Одним из достоинств теста Осгуда является его проективность, что обеспечивает независимость результатов теста от интерпретации пациента. При этом он в гораздо меньшей степени зависит и от интерпретации специалиста, чем другие проективные методики, такие как тест Роршаха, рисуночные тесты и др. В отличие от опросников, в которых измеряется представление о себе, тест Осгуда позволяет работать с более глубинным, неосознаваемым уровнем восприятия (уровень коннотации),

* ММА им. И.М. Сеченова

показывая действительную оценку пациентом шкалируемых объектов, при этом на сознательном уровне пациент может оценивать эти объекты иначе или прямо противоположным образом.



Рис. 2. ОПК после психотерапии

Теоретической основой данного теста служит такая область психологического знания, как психосемантика [1, 3–4]. В психо-семантике сознание человека рассматривается как структура, образованная категориальной сеткой восприятия объектов окружающей действительности. Образ мира (семантическое, или ментальное, пространство) задает собственный смысловой контекст, обладает собственной эмоциональной окраской и диктует свои правила действия, определяет особенности самосознания и межличностных отношений. То есть, проще говоря, человеку кажется, что его образ мира и есть подлинная реальность, что полностью определяет его поведение, и, в случае иллюзорности, может стать источником серьезных психологических проблем [4]. Метод СД позволяет измерять коннотативные (глубинные) значения – те состояния, которые непосредственно следуют за восприятием объекта и предшествуют его сознательной интерпретации. В исследованиях Ч. Осгуда подвергал факторному анализу матрицу семантического дифференциала, с помощью чего были выделены 3 универсальных фактора (интегральные шкалы), структурирующих в индивидуальном сознании разнородные объекты: Оценка, Сила и Активность. Была показана идентичность этих 3 универсальных факторных структур у представителей различных культур, у испытуемых с разным уровнем образования и у больных шизофренией, что послужило базой для утверждения универсальности данных факторов.

Наличие 3 универсальных факторов подтолкнуло нас создать на основе метода семантического дифференциала программно-аппаратный комплекс, позволяющий представлять в объеме внутреннюю картину мира пациента – объемное психокартирование (ОПК). В работе с пациентами при оценке психологического статуса и динамики психического состояния основной упор нами делается именно на ОПК. Метод позволяет достоверно отобразить отношение пациента к значимым объектам, вскрыть источник невротических проявлений, глубинные причины конфликта, объективизировать неосознаваемые процессы и динамику происходящих интрапсихических процессов. При анализе результатов ОПК учитывается привязка анализируемых объектов (понятий) не только к интегральным шкалам, но и к константным объектам – маркерам («реперным точкам»), к которым относятся такие понятия, как «Я», отрицательные эмоциональные маркеры («отвращение», «горе», «страх»), положительные эмоциональные маркеры («наслаждение», «счастье»), маркеры состояний («уважение», «доверие», «ответственность»), реперные точки временной перспективы («прошлое», «будущее», «настоящее»).

Результатом автоматической обработки исходной матрицы теста Осгуда становится объемная картина, которая визуализируется на экране монитора в виде разноцветных сфер (см. рисунок), отражающих положение шкалируемых понятий в 3-мерной координатной сетке 3 факторов («Ценность», «Сила» и «Активность»). Объемную картину можно вращать в 3 измерениях с целью анализа взаиморасположения семантических объектов. Из анализа расположения семантических структур в координатной сетке осей можно сделать заключение об истинной (неискаженной критикой сознания) картине мира и системе отношений пациента. К основным категориальным параметрам, используемым при анализе семантического пространства, можно отнести:

1. Зона «Я» – объекты, составляющие ассоциативно ближайший семантический тезаурус к понятию «Я», образуют зону понятий, отражающую наиболее значимую на данный момент систему отношений пациента. Объединение вокруг понятия «Я»

таких объектов, как «деньги», «независимость» и «уверенность» указывают на актуальную на данный момент потребность в самостоятельности. Если образ «Я» расположен близко к положительным или отрицательным маркерам, можно говорить о положительной или отрицательной самооценке (самоотношении).

2. Ресурсную зону пациента – семантический тезаурус, включающий в себя положительные эмоциональные маркеры. Например, объединение в одной семантической структуре таких объектов, как «радость», «семья», «дети» отражает восприятие семейной жизни как источника положительных эмоций, указывает на ее исключительную важность для данного человека.

3. Конфликтную зону пациента – тезаурус, включающий в себя отрицательные эмоциональные маркеры, отражает источники стресса и внутреннего напряжения. Объединение таких семантических объектов, как «работа», «начальник» с отрицательными эмоциональными маркерами «страх», «обида» говорит о крайне негативном восприятии ситуации, связанной с работой.

4. Близкое взаиморасположение семантических объектов говорит об их ассоциативной, ситуативной (атрибутивной) или эмоциональной связи. Например, объединение таких семантических объектов, как «работа», «друзья» и «выпивка», в один тезаурус у пациента, страдающего алкоголизмом, говорит о доминировании патологического мотива алкогольной зависимости в отношении к работе (как процессу зарабатывания денег на очередную выпивку) и к «друзьям» (как к потенциальным «собутельникам»). Степень близости взаиморасположения семантических объектов говорит о степени взаимозависимости отражаемых ими интрапсихических образований. Степень приближения может достигать слипания (агломинации) объектов и даже полного слипания, что указывает на неосознаваемую идентификацию данных объектов (полное тождество). Например, слипание таких объектов, как «муж», «защита», «уверенность» отражает восприятие мужа, как источника уверенности в безопасности.

Тезаурус, содержащий одновременно положительные и отрицательные эмоциональные маркеры, указывает на область амбивалентных для пациента понятий. Объединение в нем тезаурусе таких понятий, как «жена», «радость» и «обида» указывает на противоречивое отношение к жене. Индивидуально значимыми, ключевыми для диагностики понятиями выбираются значимые для пациента объекты, отражающие внутрилличностные конфликты и проблемы в межличностных отношениях (например, «алкоголь» при алкоголизме, «вес», «фигура» при ожирении, «муж/жена» при семейных конфликтах и т.д.). Объекты подбираются индивидуально для данного пациента на основе предварительной беседы и комплексной психодиагностики.

Ключевые понятия являются психодиагностическими критериями и указывают направление психокоррекционной тактики. При повторной диагностике ключевые понятия служат эффективным показателем позитивной динамики в случае их перемещения в соответствии с ожиданиями психотерапевтического вмешательства. Критерием успешной психокоррекции является позитивное перемещение (т.е. смещение в теоретически прогнозируемую с точки зрения оптимальной психокоррекции) значимых объектов в семантическом пространстве пациента. Эта динамика пространственного изменения семантических структур отражает личностно-реконструктивные изменения (отношения к соответствующим им интрапсихическим образованиям).

Пример. Б-я А., 23 года обратилась по рекомендации психолога, который на протяжении 5 месяцев безрезультатно пытался лечить ее от «посттравматического стрессового расстройства». Предъявляет жалобы на плохое настроение, потерю интереса и удовольствия, утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые ранее радовали, безрадостность настоящего, сниженное чувство уверенности в себе и в способности к сосредоточению и вниманию, утомляемость, плохой сон, состояние полной разбитости по утрам. Со слов, это состояние возникло около года назад, вскоре после потери близкого человека (в автомобильной катастрофе погиб ее жених – Леонид). При беседе мимика со скорбным оттенком, заторможена, речь замедлена, осанка слегка сутулая, смотрит в основном вниз, руки сложены на коленях. Уровень депрессии по шкале Гамильтона 23 балла. Диагноз: Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция у аналитической личности (МКБ-10: F43.21, F60.5).

ОПК (рис. 1) выявило интрапсихическую зону конфликта у пациентки, которая образована семантической структурой, эмоционально взаимозависимых (близко расположенных в ментальном пространстве) таких семантических объектов, как «идеальный муж», «радость», «будущее», ассоциативно связанных с «независимостью», с одной стороны, и «Леонид» и «прошлое», с другой. На выраженный внутриллический конфликт указывает неосознаваемая взаимозависимость семантических структур

перспективного характера, связанных с личной независимостью, построением семьи, планов на будущее, и семантических структур ретроспективного характера. Другим менее выраженным источником конфликта у пациентки является наличие ассоциативной связи между семантическим элементом «мой отец» и эмоциональным маркером «обида».

Психотерапевтическая тактика заключалась в проведении неосознаваемой аудиальной психокоррекции в 2 этапа, каждый сроком по 2 недели. На каждом этапе пациентка ежедневно дважды прослушивала аудиальную психокоррекционную программу длительностью 60 минут. На 1-м этапе маскированные в фоновый звук неосознаваемые суггестивные установки (НСУ) направлены на коррекцию общепсихологического состояния (на снижение тревоги, напряженности, на повышение активности). 2-й этап был направлен на личностно-реконструктивные изменения и касался воздействия на интрапсихические зоны конфликта индивидуальной системы значений. НСУ на этом этапе имели характер положительного психосемантического и десенсибилизирующего действия, направленного на принятие сложившейся ситуации и активного отношения к будущему.

По завершении курса психотерапии состояние пациентки улучшилось, на приеме не предъявляет жалоб ни психологического, ни соматического характера. Отмечает, что в последние две недели ощущает психологический комфорт, стала с желанием встречаться с подругами, перестали беспокоить воспоминания о пережитом. Стала встречаться с молодым человеком (Женя), с которым вместе работала. При беседе обращает на себя внимание активность и жизнерадостность пациентки, не скрывает, что сама удивлена этому состоянию, которое не испытывала больше года. Осанка ровная, смотрит прямо на собеседника. Мимика живая, ведет себя свободно и доверительно. Будущие описывает оптимистично. Прошлые переживания осознаются с позиции принятия и понимания. Уровень депрессии по клинической шкале Гамильтона составил 4 балла.

ОПК (рис. 2) выявило личностно-реконструктивные изменения. Позитивное перемещение значимых семантических объектов отражает трансформацию зоны конфликта в ресурсные зоны (изоляция семантического комплекса «Леонид» и «прошлое», включение в семантическую структуру «идеальный муж», «радость», «будущее», «независимость» элементов «Женя» и «Я», разрушение семантической структуры, образовавшей зону конфликта «мой отец» – «обида»). Итог психологического обследования соответствуют динамике клинической картины. Катамнестическое обследование (на приеме через 6 мес. и через год): состояние стабильное, настроение ровное, активная жизненная позиция. Улучшились отношения с родителями, стала более терпимой к их замечаниям («на что раньше реагировала бурным протестом, сейчас вызывает улыбку»).

ОПК позволяет объективно зафиксировать как текущее состояние пациента, его образ мира (статическая картина семантического пространства пациента), так и динамику происходящих изменений, что дает возможность оценить эффективность психотерапевтического процесса (динамическая картина).

Литература

1. *Артёмьева Е.Ю.* Психология субъективной семантики. – М., 1980.
2. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. – М., Медицина, 1989
3. *Петренко В.Ф.* Психосемантика сознания. – МГУ, 1988.
4. *Osgood Ch.E.* Semantic differential technique in the Comparative Study of Cultures/ L.A. Jakobovite & M.S. Miron (eds). Readings in the Psychology of Language. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967.

УДК 618.3-008.6-092

РОЛЬ КАТЕПСИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕСТОЗА

Н.Ю.БОРЗОВА, А.М.ГЕРАСИМОВ, И.Ю.СКРИПКИНА,
Г.Н.КУЗЬМЕНКО*

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме гестоза, частота этого осложнения беременности не снижается, внося основной вклад в структуру материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Вопросы патогенеза гестоза остаются спорными. Актуальным является поиск прогностических маркеров гестоза в ранние сроки гестации, которые позволят проводить эффективную профилактику до запуска всех патогенетических механизмов данной патологии.

Одним из перспективных направлений в понимании механизмов развития гестоза является исследование лизосомальных ферментов, к которым, в частности, относится катепсин D. Лизо-

сомальные ферменты играют большую роль в метаболизме организма, и различные патологические процессы сказываются на функционировании этой системы. Свободные радикалы регулируют проницаемость мембран лизосом [1]. Так, патологическая активация процессов ПОЛ может приводить к нарушению целостности мембран и выходу внутриклеточных компонентов, например гидролитических ферментов лизосом в окружающую среду, что приводит к патологическому протеолизу и повреждению тканей [1,2,3]. На сегодняшний день доказана роль катепсина D в программированной гибели клеток [4, 5, 6, 7]. Именно катепсин D является индуктором апоптоза, вызванного ПОЛ [4]. Под действием свободных радикалов идет перемещение катепсина D из лизосом в цитозоль клетки, затем с их апоптозом [6].

Изменение активности катепсина D может вести к осложнениям беременности. Работ по его исследованию крайне мало, что делает нужным изучение катепсина D у беременных для выявления новых патогенетических механизмов гестоза.

Цель – исследование активности катепсина D для уточнения патогенеза гестоза и раннего его прогнозирования.

Материал и методы исследования. Было проведено обследование 95 женщин в III триместре беременности, в том числе 73 с гестозом (основная группа), которые были разделены на три подгруппы в зависимости от степени тяжести гестоза, и 22 женщины, у которых течение гестационного процесса не было осложнено развитием гестоза (контрольная группа). Из 95 вышеуказанных беременных 64 женщины были обследованы в динамике, начиная с ранних сроков (до 13 недель) беременности. Ретроспективно в основную группу были включены 47 женщин, дальнейшее течение гестационного процесса у которых осложнилось развитием гестоза: у 39 женщин (первая подгруппа) – легкой и у 8 женщин (вторая подгруппа) – средней степени тяжести, ни у одной пациентки, обследованной в первом триместре, не развился гестоз тяжелой степени. У 17 женщин, обследованных в ранние сроки гестации, в течение беременности, родов и послеродового периода развития гестоза не было (контроль).

Степень тяжести гестоза определяли по балльной шкале Гоека в модификации Г.М.Савельевой [8]. Обследованным наряду со сбором анамнеза, акушерского, общепринятого лабораторного и биохимического обследования проводилось наблюдение за состоянием плода с использованием УЗ-сканирования на приборе SSD-2000 фирмы «Алока Ко. ЛТД» (Япония) и кардиотокографического исследования на аппарате Sonicaid Oxford с компьютерным анализом по критериям Dawes/Redman.

Исследование активности катепсина D велось по стандартной методике. Материалом для исследования являлась кровь из локтевой вены беременных в 1 и 3 триместрах беременности. Активность катепсина D определяли по гидролизу 1% раствора гемоглобина в ацетатном буфере по стандартной методике (Дингл Дж., 1980). Ферментную активность рассчитывали по разнице E 280 между опытным и контрольным вариантами. Величина в единицах оптической плотности (ед.оп.пл.) при длине волны спектрофотометра 280 равна единице активности фермента в час (ЕД.акт.ф./ч). Статобработка данных велась на ПК Intel Pentium II-500 с набором стандартных программ в системе Windows 2000. Данные обрабатывались методом вариационной статистики при помощи программы Microsoft Excel из комплекта Microsoft Office 2000. Корреляционный анализ проводился с использованием программного пакета «Statistica 6.0».

Результаты исследования. Группы не отличались по ср. возрасту (25,78±0,37 лет в основной и 26,62±0,57 – контроль), профпринадлежности и уровню образования. При сравнении семейного положения отмечено, что гестоз достоверно чаще был у женщин, беременность которых протекала вне брака (11,11%; p<0,001 по сравнению с контролем). При оценке акушерско-гинекологического анамнеза, развитие гестоза, особенно с легким и среднетяжелым течением, чаще отмечалось у повторно беременных первородящих женщин (38,52%, p<0,02) по сравнению с контролем (21,67%). Перинатальные потери в анамнезе и наличие гестоза при предыдущей беременности были только у женщин основной группы в 4,44% (p<0,02). Часто у беременных с гестозом выявлялись гиперполименорея (10,37% и 3,33%; p<0,05).

Экстрагенитальная патология выявлялась в 2 раза чаще при гестозе. Наиболее часто у женщин основной группы встречалась артериальная гипертония (24,45% против 6,67% в контроле, p<0,01), хронический пиелонефрит (25,19%, и 10,0%; p<0,01), гиперплазия щитовидной железы без нарушения функции

* 153731; г. Иваново, ул. Победы, 20. ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росздрава»