

симпатического отделов ВНС. При тяжелом течении заболевания изменялась реактивность симпатического отдела ВНС в сторону сниженной или избыточной реакции и вегетативная дисфункция в виде неадекватной реакции на малую нагрузку, что говорило о снижении регуляторных и адаптационных механизмов.

Низкие ср. показатели уровней КА и СТ в периферической крови у больных эндометриозом по сравнению с группой здоровых женщин говорили о спаде активности гуморального звена симпатико-адреналового отдела ВНС и трофотропных систем. Самые низкие уровни КА и СТ имели место в группе больных с тяжелым течением заболевания, что, возможно, связано со снижением у этих пациентов резервных возможностей медиаторного звена симпатико-адреналового системы и трофотропных систем.

Выводы. У 83,5% женщин с эндометриозом выявлены отклонения в вариабельности ритма сердца, указывающие на снижение регуляторных и адаптационных возможностей организма, спад активности нервного и гуморального звеньев симпатико-адреналового отдела вегетативной нервной системы и нейромедиаторного компонента трофотропных систем, преобладание церебральных и гуморально-метаболических влияний в модуляции сердечного ритма, вегетативный дисбаланс в виде повышенной активности симпатического отдела сопровождал тяжелое течение эндометриоза. Оценка состояния вегетативной нервной системы показала зависимость вегетативных нарушений при эндометриозе от степени тяжести заболевания. Полученные данные говорят о необходимости обследования вегетативной нервной системы у женщин с генитальным эндометриозом.

Литература

1. Аветисова К.Р. и др. // Акуш. и гин.– 1986.– № 3.– С. 19.
2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кура Е.Ф. Эндометриозная болезнь.– СПб.: Изд-во Н-Л, 2002.
3. Виноградов С., Диндяев С. Некоторые информационные и методические аспекты флуоресцентно-гистохимического анализа нейромедиаторных биоаминов: Метод. рек.– Иваново, 1988.
4. Заболевания вегетативной нервной системы: Рук-во для врачей / Под ред. А.М. Вейна.– М.: Медицина, 1991.
5. Михайлов В.М. Вариабельность сердечного ритма.– Иваново, 2000.
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой.– М.: Мед. информ. аг-во, 1997.
7. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца.– М.: Старко Ко, 1998.
8. Серов В.Н. и др. Практическое руководство по гинекологической эндокринологии.– М.: Русфармамед, 1995.
9. Фролова О. // Качество жизни.– Медицина, 2004.– № 3(6)–С. 9–12.

УДК 618.89-008.441.44

ОБОСНОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ ОТРАВЛЕНИЯ ДИМЕДРОЛОМ И ФЕНАЗЕПАМОМ

Н. В. ДРЁМОВА*

Рост показателей суицидального поведения на протяжении последних лет создает острую медико-социальную проблему [1]. Высокая распространенность суицидального поведения, тенденция к её росту и «омоложению» отмечается отечественными и зарубежными исследователями [2, 10–11].

По данным регионального бюро ВОЗ, за последние 15 лет число самоубийств среди лиц в возрасте 15–24 лет выросло в 2 раза; самоубийства как причина смерти в этом возрасте занимают 2-3-е место в европейских странах. По данным [3], до 62% суицидальных попыток приходится на возраст 16–25 лет.

Проблема суицида, сочетая в себе комплекс социальных, культурных и медико-психологических аспектов, отрицательно влияет на общественный порядок, внутрисемейные отношения,

психическое и физическое здоровье подрастающего поколения и общества в целом. Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дизадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Большинство суицидальных попыток путём приёма лекарственных средств в преднамеренно завышенных дозировках, причем чаще они не завершаются летальным исходом (незавершенные суицидальные отравления). Подобные случаи – причина пребывания лиц молодого возраста в токсикологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. Анализ структуры госпитализации в токсикологическое отделение МУЗ Городской больницы скорой медицинской помощи г. Курска показал, что попытки суицида в основном совершаются путем приёма димедрола или феназепамов.

Димедрол относится к группе H₁-антигистаминных средств с парасимпатолитическим, центральным холинолитическим и психотропным действием, феназепам – к группе транквилизаторов (анксиолитиков) и, будучи производным бензодиазепинов, оказывает эффект путем взаимодействия с бензодиазепиновым рецептором, блокады активирующего влияния сетчатого образования на кору большого мозга; есть сведения о его влиянии на периферические и центральные адрено-, холино- и триптаминергические системы. Механизмы острого отравления этими препаратами изучены и используются алгоритмы оказания медицинской помощи в подобной ситуации [12, 13]. Но последствия токсического действия препаратов в отношении функционального состояния нервной системы у лиц, перенесших попытку суицида, известны недостаточно. Опыт лечения после суицидальных попыток позволяет сомневаться в достаточной степени восстановления функций нервной системы на момент выписки из токсикологического стационара.

Пребывание пациента в токсикологическом отделении обычно ограничивается несколькими днями, поскольку задачей данного стационара является оказание медицинской помощи при патологии соматической сферы. Состояние последней после проведения специализированной детоксикационной терапии, как правило, быстро возвращается к границам физиологической нормы. Однако спонтанное повреждение и столь же быстрое восстановление неврологических функций сомнительно. Опыт свидетельствует о частых нарушениях памяти, внимания и вегетативных функций у лиц, совершивших суицидальную попытку, не обнаруживаемых при традиционном исследовании. Анализ литературы показывает, что в реабилитации суицидентов не в полной мере реализуются меры социально-психологического и медицинского характера. Это говорит о нарушении принципов комплексности и преемственности в лечении. Актуальна оценка функционального состояния нервной системы суицидентов в целях повышения эффективности лечебных мероприятий.

Цель работы – выявление изменений функционального состояния нервной системы у лиц с незавершенными суицидальными отравлениями димедролом и феназепамом при выписке их из токсикологического стационара.

Материал и методы. Обследовано 170 человек, из них 140 суицидентов токсикологического отделения МУЗ ГБ СМП г. Курска (основная группа) и 30 здоровых людей (контрольная группа). В основной группе 78 пациентов имели отравление феназепамом и 62 – димедролом. Ср. возраст – 22±6 лет.

Методы исследования – клинико-неврологический [6] с оценкой вегетативной сферы с помощью опросников Российского Центра вегетативной патологии (РЦВП) для выявления вегетативной дистонии; анализ уровней реактивной и личностной тревожности (тест Спилбергера – Ханина), внимания (таблицы Шульте), оперативной и логической памяти).

О функциональном состоянии головного мозга судили по данным компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) [9]. ЭЭГ регистрировали монополярно по международной системе расположения электродов «10-20» в 10 симметричных лобных, центральных, височных, теменных, затылочных отведениях с функциональными пробами (ритмическая фото- и фоностимуляция, гипервентиляция) на аппарате «Ritm System ВРА-0020» – специализированный медицинский комплекс для мониторингирования, регистрации и компьютерного анализа биопотенциалов мозга человека. Данный комплекс позволяет осуществлять регистрацию ЭЭГ с одновременной фильтрацией и синхронной компьютерной обработкой записи. Одной из основных методик регистрации и анализа показателей спектральной плотности является топографическое картирование,

* Кафедра неврологии и нейрохирургии Курского ГМУ

реализованное в алгоритмах компьютерной программы обработки. Суициденты обследованы на 1-2 сутки поступления в стационар и при выписке из него на 5 сутки лечения. В настоящей работе приводятся результаты обследования при выписке в сравнении с показателями контрольной группы.

Статобработка результатов проведена с помощью программ STATISTICA 6.0, SPSS 13.0, MS-EXCEL. При этом определяли величину стандартной ошибки, доверительные интервалы, критерий Стьюдента, его аналог – критерий Z, критерий χ^2 и точный критерий Фишера. При необходимости величину поправки нулевого эффекта результатов исследования путём введения поправки Йетса. Расчёт доверительных интервалов в случаях, когда значение относительного показателя было <25% и >75%, выполнялся с введением вспомогательной переменной Фишера в радианной мере. Для коррекции эффекта множественного сравнения вводилась поправка Бонферрони. Если закон распределения переменных значимо отличался от нормального, статистическая гипотеза принималась на основании результатов непараметрических тестов Манна – Уитни и двухвыборочного теста Колмогорова – Смирнова.

Результаты. Неврологический статус суицидентов при выписке из стационара и лиц контрольной группы различался (рис. 1). При этом различия касались мозжечково-пирамидных и сенсорных систем. Наиболее значимые групповые показатели неврологического статуса приведены на рис. 1.

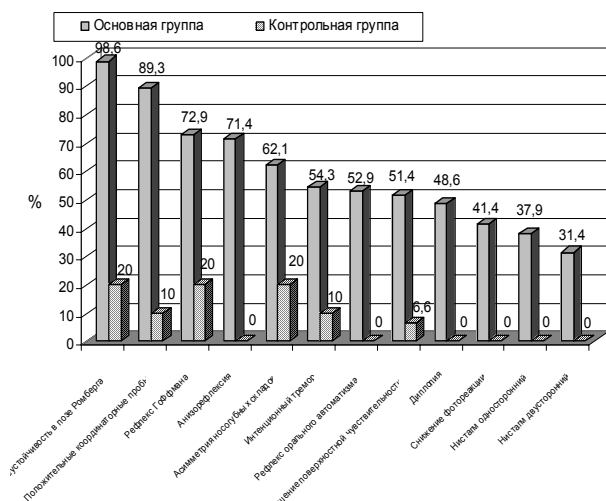


Рис. 1. Характеристика и частота неврологических нарушений в основной и контрольной группах (в %)

Средние значения суммы баллов анкет РЦВП, заполняемых пациентами, составили $31,9 \pm 6,3$, заполняемых врачом – $45,9 \pm 10,3$; для контрольной группы соответственно – $11,8 \pm 2,5$ и $20,8 \pm 3,6$ ($p < 0,001$). Это в среднем более чем на 20 баллов выше нормативных значений, что указывает на резко выраженную вегетативную дисфункцию у лиц с незавершенными суицидальными попытками. В основной группе отмечено достоверное снижение показателей памяти у всех пациентов: оперативная память страдала у 100% пациентов, логическая – у 63%. Средние значения оценки памяти в основной группе методом счёта – $6,6 \pm 0,2$, оперативной – $4,3 \pm 0,1$, логической – $5,6 \pm 0,2$ (в контрольной группе соответственно $0,6 \pm 0,2$, $0,3 \pm 0,1$ и $0,3 \pm 0,1$). Достоверность различий между группами весьма высока – $p < 0,001$ по результатам непараметрических тестов Манна – Уитни и Колмогорова – Смирнова.

По шкале самооценки Спилберга – Ханина уровень тревоги в основной группе превышал норматив почти в 1,5 раза и составлял для личностной тревожности $51,1 \pm 1,2$, для реактивной тревожности – $54,0 \pm 1,2$. Аналогичные показатели в контрольной группе – соответственно $39,2 \pm 1,3$ и $40,9 \pm 0,9$ (для обоих случаев $p < 0,001$), что указывает на тревожно-депрессивные нарушения в эмоционально-волевой сфере после суицидальной попытки и неготовность выписываемых пациентов к морально-психологическим, когнитивным и физическим нагрузкам. Когнитивная сфера большинства суицидентов характеризовалась нарушениями внимания, что обнаруживалось по результатам их

работы с таблицами Шульте. Среднее значение времени работы с таблицами Шульте в основной группе составило $67,5 \pm 0,4$, в контрольной группе данный показатель – $55,3 \pm 1,0$ ($p < 0,001$).

ЭЭГ выявила снижение спектральной плотности альфа-ритма, спад его амплитуды и частоты более чем у 45% пациентов из основной группы, а также на ЭЭГ-признаки общемозговых нарушений у 80%, дисфункции срединных структур у 54%, эпилептиформной активности – у 51% (рис. 2).

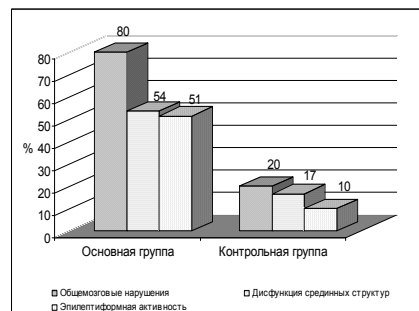


Рис. 2. Интегральные показатели электроэнцефалографического исследования

Поскольку феназепам и димедрол по своему механизму действия на нервную систему различаются, мы проанализировали ЭЭГ-показатели при отравлении ими в отдельности (табл.).

Таблица

Относительные величины частоты признаков

Неврологические симптомы	Основная группа		Контрольная группа
	Отравления феназепамом	Отравления димедролом	
Неустойчивость в позе Ромберга	97,4±1,8%	98,4±1,6%	20,0±7,3%
Положительные координаторные пробы	87,2±3,8%	91,9±3,5%	10,0±5,5%
Рефлекс Гоффмана	66,7±5,3%	80,6±5,0%	20,0±7,3%
Анизорефлексия	57,7±5,6%	88,7±4,0%	0,0±6,2%*
Асимметрия носогубных складок	56,4±5,6%	69,4±5,9%	20,0±7,3%
Нарушение поверхностной чувствительности	51,3±5,7%	51,6±6,3%	6,7±4,6%
Рефлексы орального автоматизма	46,2±5,6%	61,3±6,2%	0,0±6,2%*
Девияция языка	43,6±5,6%	54,8±6,3%	6,7±4,6%
Интенционный тремор	43,6±5,6%	67,7±5,9%	10,0±5,5%
Диплопия	42,3±5,6%	56,5±6,3%	0,0±6,2%*
Нистагм односторонний	38,5±5,5%	37,1±6,1%	0,0±6,2%*
Снижение фотореакции	37,2±5,5%	46,8±6,3%	0,0±6,2%*
Асимметрия углов рта	35,9±5,4%	50,0±6,4%	13,3±6,2%
Болезненность V н.	33,3±5,3%	41,9±6,3%	0,0±6,2%*
Гипестезия по Зельдеру	25,6±4,9%	32,3±5,9%	3,3±3,2%
Снижение корневых рефлексов	25,6±4,9%	37,1±6,1%	0,0±6,2%*
Отсутствие брюшных рефлексов	24,4±4,9%	38,7±6,2%	0,0±6,2%*
Нарушение глубокой чувствительности	23,1±4,8%	17,7±4,9%	0,0±6,2%*
Патологический рефлекс Бабинского	21,8±4,7%	32,3±5,9%	0,0±6,2%*
Нистагм двусторонний	21,8±4,7%	43,5±6,3%	0,0±6,2%*
ЭЭГ Общемозговые нарушения	52,6±5,7%	82,3±4,9%	20,0±7,3%
ЭЭГ Эпилептиформная активность	47,4±5,7%	56,5±6,3%	10,0±5,5%
ЭЭГ Дисфункция срединных структур	52,6±5,7%	54,8±6,3%	16,7±6,8%
Проба Барре	48,8±2,4	40,7±3,1	60,0
Личностная тревожность по шкале самооценки Спилберга – Ханина	51,3±1,7	50,9±1,8	39,2±1,3
Реактивная тревожность по шкале самооценки Спилберга – Ханина	53,7±1,6	54,3±1,8	41,0±0,9
Внимание (табл Шульте)	67,6±0,6	67,4±0,7	55,3±1,0
Память (счёт)	6,7±0,2	6,6±0,2	0,6±0,2
Память оперативная	4,4±0,2	4,1±0,2	0,30±0,1
Память логическая	5,6±0,2	5,5±0,2	0,30±0,1
Вегетативная сфера (пациент)	32,0±0,7	31,9±0,8	11,8±0,5
Вегетативная сфера (врач)	45,9±1,2	45,8±1,3	20,8±0,7

* – результат с учётом корректировки нулевого эффекта исследования

Анализ данных табл. показывает, что между группами суицидентов, с одной стороны, и контрольной группой, с другой стороны, имеются отличия ($p < 0,001$; $p < 0,01$). При этом достоверных различий между суицидентами в зависимости от вида лекарственного средства не отмечено, но при отравлении димедролом патологические симптомы встречались чаще.

Наибольшая частота патологических проявлений при отравлениях феназепамом касалась нарушения координаторных проб (87,2%), неустойчивости в позе Ромберга (97,4%), наличия рефлекса Гоффмана (66,7%), анизорефлексии (57,7%),

асимметрии носогубных складок (56,4%), гипестезии (51,3%), нистагма (21,8%). ЭЭГ указывала на преобладающую частоту общемозговых нарушений и признаков дисфункции срединных структур (в 53% случаев). По опросникам РЦВП, заполняемым пациентом и врачом, вегетативная дисфункция достигала соответственно 32,0±0,7 и 45,9±1,2 балла (норматив превышен в 2 раза). Показатели памяти методом счёта, оперативной и логической памяти достоверно ниже контроля: соответственно 6,7±0,2, 4,4±0,2, 5,6±0,2 ошибочных ответов.

В группе суицидентов, принимавших димедрол, наиболее часто встречались неустойчивость в позе Ромберга (98,4%), нарушения координаторных проб (91,9%), анирефлексия (88,7%), рефлекс Гоффмана (80,6%), асимметрия носогубных складок (69,4%), интенционный тремор (67,7%), рефлекс орального автоматизма (61,3%), диплопия (56,5%), девиация языка (54,8%), гипестезия (51,6%), асимметрия углов рта (50,0%), двусторонний нистагм (43,5%). ЭЭГ также характеризовались преобладанием общемозговых нарушений (82,3%) и наличием эпилептиформной активности (56,5±6,3%). Средние значения показателей анкет РЦВП – 31,9±0,8 и 45,8±1,3, что также более чем в два раза превышает норматив. Оценка памяти методом счёта – 6,6±0,2, оперативной памяти – 4,1±0,2, логической – 5,5±0,2 (ниже контрольных и нормативных значений). Продолжительность работы с таблицами Шульце – 67,4±0,7 с (достоверно ниже норматива). Высоки ср. значения показателей личностной (50,9±1,8) и реактивной (54,3±1,8) тревожности.

У большинства лиц, перенесших суицидальные попытки, выявлен комплекс клинко-неврологических и ЭЭГ-отклонений. Оценка неврологического статуса и нейропсихологических функций, данные ЭЭГ выявили у них неврологические синдромы: психопатологический, вестибулоатактический, пирамидный. Иногда – дисмнестический и цефалгический синдромы. Для вестибулоатактического синдрома характерны головокружение, неустойчивость при ходьбе, признаки вестибулярной дисфункции в виде нистагма, координаторных нарушений. Пирамидный синдром характеризовался мягкой симптоматикой в виде анирефлексии, диффузного оживления глубоких рефлексов, наличия патологических рефлексов, в т.ч. – орального автоматизма. Все эти проявления вероятны для мелкоочагового поражения головного мозга. Депрессивные расстройства имели место в подавляющем числе наблюдений.

Выводы. Для суицидентов характерны клинко-неврологические и ЭЭГ-нарушения, сохраняющиеся при их выписке из токсикологического отделения. Для определения степени стойкости и обратимости этих расстройств нужны обследования суицидентов в динамике в амбулаторных условиях. Между группой суицидентов, перенесших отравление димедролом, и группой лиц с отравлением феназепамом, статистически достоверные различия в частоте и глубине неврологических и ЭЭГ-нарушений отсутствуют.

Обнаружена тенденция к неврологическим расстройствам и изменениям ЭЭГ при отравлениях димедролом. Это указывает на более высокую вероятность негативных последствий при отравлении димедролом в постсуицидальном периоде.

ЭЭГ – высокоинформативная методика обследования суицидентов и рекомендуется для динамического контроля состояния биоэлектрической активности головного мозга. Охарактеризованный клинко-неврологический и ЭЭГ-комплекс изменений выявляет у суицидентов органические церебральные расстройства в виде токсической энцефалопатии или нейротоксического синдрома с дисциркуляторно-гипоксическими нарушениями и нейромедиаторной дисфункцией.

Оценка клинко-нейрофизиологических показателей у суицидентов – основа методов эффективной коррекции и реабилитации.

Литература

1. Амбрумова А. Г. // 8-й Всесоюз. съезд невропатол., психиатров и наркол. – 1988. – М., 1988. – С. 226–228.
2. Амбрумова А. Г. // Мед. помощь – 1994. – № 3. – С. 15–19.
3. Амбрумова А. Г., Вроно Е. М. О ситуационных реакциях подростков в суицидологической практике // Журн. Невропатологии и психиатр. – 1985. – Т. 85, № 10. – С. 1557 – 1560.
4. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Метод. рекоменд. М., 1980. – 48 с.

5. Анастаси А. Психологическое тестирование / Пер. с англ. – М.: Педагогика. – 1982. – Т. 2. – 296 с.

6. Богородинский Д. К. и др. Руководство к практическим занятиям по нервным болезням М.: Медицина, 1977.

7. Бровина Н. Н., Кутько И. И. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1991. – № 2. – С. 104–106.

8. Жариков Н. И. // Ж. невроп. и псих. – 1997. – № 6. – С. 9.

9. Жирмунская Е. А. Клиническая электроэнцефалография. – М.: Медицина. – 1991.

10. Корнетов А. Н. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 2. – С. 75–90.

11. Лопатин А. А. Суициды и парасуициды: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2000. – 34 с.

12. Лужеников Е. А. и др. Неотложные состояния при острых отравлениях. – М.: Медпрактика 2001. – 220 с.

13. Оказание помощи лицам с суицидальным поведением в широкой медицинской практике: Метод. рекомен. МЗ России. – М., 1992. – 30 с.

14. Остроглазов В. Г., Лисина М. А. // Ж. невролог. и психиатр. – 2000. – № 6. – С. 18–20.

15. Цундун В. Е. Психопатологические синдромы и суицидальный риск // Мат-лы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – 320 с.

BASIS OF SUPPLEMENTARY ESTIMATION OF CLINICO-NEUROLOGIC ELECTROENCEPHALOGRAPHIC DESCRIPTIONS IN PATIENTS WITH SUICIDAL ATTEMPTS OF DIMEDROL AND FENASEPAM POISONING

N.V. DREMOVA

Summary

The clinico-neurologic and electroencephalographic change's complex attests to patients with suicidal attempts the cerebral disturbances (toxic encephalopathy or neurotoxic syndrome with dyscirculator dysfunction) this disorders prove the non effectiveness traditional treatment and necessary to examination of this patients

Key words: electroencephalographic descriptions, suicid

УДК 616.89-008.441.13-058

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ, В СРАВНЕНИИ С ЛИЦАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ

Ф.Л. КУТАРЕВ*

Ныне идет процесс переосмысления системы приоритетов и ценностей в области психического здоровья населения. Активно идет процесс, когда клинический диагноз в узком смысле утрачивает свое значение, а на первый план выходят личность пациента, мировоззренческие позиции, установки, социокультуральные особенности бытия и уровень социальной адаптации. Целью лечения лиц с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) является не только устранение психопатологической симптоматики, но и улучшение качества их жизни и социального функционирования. Все большую актуальность приобретает проблема сохранения и восстановления здоровья человека с учетом «физиологической цены» достижения полезного результата [3].

Социальные аспекты психиатрической и наркологической помощи привлекали и привлекают пристальное внимание исследователей практически на всем протяжении их совместного развития. Однако всплеск интереса к социальным вопросам в наркологии проявился во второй половине двадцатого столетия. В связи с этим, особую важность приобрели вопросы социального функционирования больных с болезнями зависимости и психическими заболеваниями, их социальная компетентность, способность к самостоятельной, независимой жизни. Происходящие изменения в обществе привели к смене стиля взаимоотношений с пациентами, переходу к партнерскому стилю сотрудничества, предполагающему учет мнений и суждений самого больного, его представлений о своем самочувствии, качестве оказания помощи и своей жизни в целом. Подобный подход позволил заострить

* Кафедра психологии Смоленского ГУ. 214000, Смоленск. Пржевальского, 4, тел. раб (4812) 383157, факс (4812) 383157