

2. Насонов Е.Л., Самсонов М.Ю., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. 1999. №3. С. 66–73.

3. Пальцев М.А. Цитокины и их роль в межклеточных взаимодействиях // Арх. Пат. 1996. Т. 58. № 6. С. 1–6.

4. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. Москва, 2000: 131–133.

5. Bush D.E., Ziegelstein R.C., Tayback M. et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality after acute myocardial infarction // Am. J. Cardiol. 2001. Vol. 88. P. 337–341.

6. Boldoueva S., Shabrov A., Trofimova O., Zhuk V. The influence of psychological factors on heart rate variability after myocardial infarction // Europ. Heart J. 2003. Vol. 24. P. 947.

7. Blum A., Miller H. Role of cytokines in heart failure // Am. Heart J. 2006. Vol. 135. P. 181–186.

8. Carney R.M., Freedland K.E., Rich M.W. et al. Ventricular tachycardia and psychiatric depression in patients with coronary artery disease // Am. J. Med. 1993. Vol. 95. P. 2328.

9. Pasqui A.L., Bova G., Maffei S., Auteri A. Immune factors in atherosclerosis // Ann Ital Med Int. 2005 Apr-Jun; 20(2) P. 81–9.

10. Reiner Z., Tedeschi-Reiner E. New information on the pathophysiology of atherosclerosis // Lijec Vjesn. 2001 Jan-Feb; 123(1–2) P. 26–31.

11. Takahashi K., Takeya M., Sakashita N. Multifunctional roles of macrophages in the development and progression of atherosclerosis in humans and experimental animals // Med Electron Microsc. 2002 Dec; 35(4) P. 179–203.

12. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychiatr Scand. 1983; 67: 361–370.

ACTIVATION OF CYTOKINE SYSTEM AND CHANGE OF INDICATORS STATE OF HEALTH-ACTIVITY-MOOD, AS THE FACTORS INFLUENCING DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS AT WORKERS OF THE RAILWAY TRANSPORTATION

V.N. PLOHOV, S.I. CHERNOVA, E.E. AVERIN, I.A. ZBOROVSKAYA

Clinical hospital at Open Society «RZHD» on station Vologorad-I

Indicators state of health-activity-mood and level of proinflammatory cytokines in patient of the chronic heart failure caused by an arterial hypertension, a combination of an arterial hypertension to an atherosclerosis of the main arteries and an ischemic heart disease are studied. Among patients with low indicators state of health-activity-mood patients from an ischemic heart disease prevail. The interrelation between indicators of state of health, activity, mood and change of a profile of cytokines at patients is taped. Patients with low indicators state of health-activity-mood and the raised level of proinflammatory cytokines have high risk of development of cardiovascular complications. There was a tendency to faster нормализации for men of emotional and immunologic indicators.

Key words: a chronic heart failure, indicators state of health-activity-mood, proinflammatory cytokines.

УДК 616.89-071:37

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.Н. ПОДВИГИН*

Рассмотрены особенности проявлений негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита у больных паранойдной шизофренией с коморбидной артериальной гипертензией. Сделан вывод о том, что коморбидность шизофрении и артериальной гипертензии увеличивает выраженность как негативных расстройств, так и нейрокогнитивного дефицита.

Ключевые слова: шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, артериальная гипертензия

В последние годы внимание исследователей привлекает третья составляющая симптоматики шизофрении – нейрокогнитивный дефицит (НКД). Показано [1], что уровень социальной адаптации больных в большей мере определяется выраженностью НКД, чем других симптомов заболевания. Нейрокогнитивный дефицит тесно взаимосвязан с негативной симптоматикой и

первоначально рассматривался как один из ее компонентов. Артериальная гипертензия (АГ) – частая форма сопутствующей патологии у пациентов с шизофренией [4]. Поскольку адекватное лечение АГ получают менее четверти пациентов [3], данное заболевание закономерно осложняется дисциркуляторной энцефалопатией, ведущими симптомами которой являются когнитивные и эмоционально – волевые расстройства.

Наличие АГ способно усугублять НКД, обусловленный шизофренией, а тем самым – и социальную дезадаптацию пациентов. С другой стороны, поскольку когнитивный дефицит, обусловленный АГ, до некоторой степени обратим при достижении медикаментозного контроля артериального давления (АД), адекватное лечение АГ у пациентов с шизофренией способно снижать выраженность НКД. Данные об особенностях проявлений негативных расстройств (НР) и НКД у больных шизофренией с коморбидной АГ в доступной литературе отсутствуют, что определяет актуальность их изучения.

Цель исследования – охарактеризовать особенности проявлений НР и НКД у больных шизофренией с коморбидной АГ, с использованием общепринятых методик количественной оценки.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие амбулаторные больные паранойдной шизофренией, удовлетворяющие следующим критериям включения: 1. Диагноз шизофрении установлен в соответствии с критериями МКБ-10, 2. Возможность личного обследования при очередном посещении диспансера, 3. Наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения были следующими: 1. Нарушения контакта с пациентом, не позволяющие провести обследование с использованием нейропсихологических методик, 2. Текущее или перенесенное неврологическое заболевание, кроме дисциркуляторной энцефалопатии. 3. Пациенты, признанные недееспособными в установленном порядке. 4. Хронические соматические заболевания (исключая АГ) в стадии декомпенсации.

Указанным критериям включения / исключения соответствовало всего 369 пациентов. Из этого количества 100 пациентов, имеющих сопутствующий диагноз АГ, подтвержденный медицинской документацией, составили основную группу, а 230 пациентов, не имевших указанного сопутствующего диагноза и не обнаружившие повышенных значений АД при обследовании, – контрольную группу. У 39 пациентов без сопутствующего диагноза АГ на момент включения в исследование были выявлены значения АД > 140/90 мм рт.ст. Данные больные были направлены на дообследование и в выборку исследования не вошли. Таким образом, общий объем выборки составил 330 пациентов. Больные однократно обследовались с использованием клинико-психопатологического метода, шкалы оценки выраженности негативных расстройств SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), методик оценки выраженности НКД – теста Струпа, теста речевой беглости и теста «10 слов». Указанные методики использовались в русскоязычной адаптации по [2]. При клинико-психопатологическом исследовании определялся тип НР в рамках одного из 4 вариантов – астенический, апато-абулический, психопатоподобный, псевдоорганический. При оценке выраженности НР определялись следующие показатели шкалы SANS: общий балл аффективного уплощения (AF) – от 0 до 35; общий балл алогии (AL) – от 0 до 20; общий балл абупии – апатии (APB) – от 0 до 15; общий балл ангедонии – асоциальности (ANS) – от 0 до 20; общий балл нарушения внимания (AD) – от 0 до 10; сумма оценок всех признаков (SUM) – от 0 до 100. Обобщенные глобальные оценки признаков не определялись в связи с их субъективным характером.

Выбор методик оценки НКД был связан с тем, что данные тесты, в отличие от многих других, имеют контрольные показатели, позволяющие дифференцировать НКД в рамках шизофрении и когнитивные расстройства иной этиологии. Определялись следующие показатели: время выполнения первой карты теста Струпа (TS1) – контрольный показатель, отражающий неспецифические нарушения внимания; время выполнения второй карты теста Струпа (TS2) и число ошибок во второй карте (MS) – специфические для шизофрении показатели нарушения селективности внимания; число произнесенных слов (NVFT1) и число ошибок (MVFT1) в первой части теста речевой беглости – контрольные показатели, отражающие неспецифические нарушения, соответственно, темпа психических процессов и переключаемости внимания; число произнесенных слов (NVFT2) и число оши-

* Кафедра психиатрии с наркологией, ГОУ ВПО «Воронежская ГМА имени Н.Н.Бурденко», 394071, г. Воронеж, ул. 20 лет Октября, 73, к.33, тел. (4732) 71-55-22

бок (MVFT2) во второй части теста речевой беглости – специфические для шизофрении показатели, отражающие выраженность искажения процессов обобщения; максимальное число воспроизведенных слов в тесте «10 слов» (NMAX10) – контрольный показатель, отражающий выраженность неспецифических нарушений памяти; разность максимального и среднего числа произнесенных слов в тесте речевой беглости (D10) – специфический для шизофрении показатель, отражающий выраженность колебаний активного внимания.

Для исключения недиагностированной АГ пациентам измерялось АД с использованием полуавтоматического тонометра. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов описательной статистики, параметрических и непараметрических методов оценки достоверности различий.

Результаты и их обсуждение. В табл. 1 представлено распределение вариантов НР у пациентов основной и контрольной групп. Знаком «*» помечены достоверные ($p < 0,05$) различия в частоте.

Таблица 1

Распределение вариантов НР у пациентов основной и контрольной групп

Вариант НР	Число больных	
	Основная	Контрольная
Астенический	17 (17,0%)*	95 (41,3%)
Апато-абулический	38 (38,0%)*	55 (23,9%)
Психопатоподобный	4 (4,0%)*	67 (29,1%)
Псевдоорганический	41 (41,0%)*	13 (6,7%)

Как видно из представленных в табл. 1 данных, у пациентов с коморбидной АГ достоверно чаще встречался псевдоорганический вариант НР; астенический и психопатоподобный варианты, напротив, встречались достоверно реже; различий в частоте апато-абулического варианта выявлено не было. Полученные результаты свидетельствуют о непосредственном влиянии коморбидной АГ на клиническое оформление НР у пациентов с шизофренией.

В табл. 2 представлены значения показателей шкалы SANS у пациентов основной и контрольной групп.

Таблица 2

Значения показателей шкалы SANS у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Группа	
	Основная	Контрольная
AF	16,3±0,7	15,8±0,3
AL	13,2±1,0*	9,3±0,4
APB	7,3±1,3	6,5±0,9
ANS	9,6±1,4*	14,2±0,5
AD	7,4±0,6*	4,5±0,3
SUM	53,2±1,8*	49,2±1,1

Как видно из представленных в табл. 2 данных, у пациентов с коморбидной АГ были достоверно повышены показатели AL (отражает малую продуктивность мышления) и AD (отражает выраженность нарушений внимания), наиболее тесно связанные с НКД. Напротив, показатель ANS, отражающий чувство собственной измененности и нарушения тонких форм межличностной коммуникации, характерные для сравнительно сохранных пациентов с астеническим и психопатоподобным вариантами НР, у пациентов с коморбидной АГ был достоверно ниже. Показатель SUM, отражающий общую выраженность НР, у пациентов с коморбидной АГ был достоверно выше. На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют, во-первых, о большей глубине НР у пациентов с шизофренией и коморбидной АГ, и, во-вторых, о преобладании в структуре НР у данных пациентов тех составляющих, которые наиболее тесно связаны с НКД (что соответствует клиническому впечатлению о большей частоте псевдоорганического варианта НР в данной группе).

Значения контрольных показателей тестов НКД, отражающих выраженность неспецифических нарушений памяти, внимания и темпа психических процессов, у пациентов основной и контрольной групп отражены в табл. 3. Значения всех контрольных показателей выраженности НКД, за исключением NMAX10, у лиц с коморбидной АГ достоверно отличались от значений в контрольной группе и соответствовали большей выраженности нарушений НКД, обусловленных неспецифическими факторами. Полученные результаты свидетельствуют, во-первых, о том, что коморбидная АГ ухудшает функции внимания и темп психических процессов у пациентов с шизофренией, и, во-вторых, о том,

что в основной группе не было пациентов с глубиной когнитивных расстройств, соответствующей сосудистой деменции (об этом говорит отсутствие достоверных различий показателя NMAX10 между основной и контрольной группами). Несмотря на неспецифичность рассмотренных показателей для шизофрении, их ухудшение на фоне коморбидности шизофрении и АГ способствует углублению социально-бытовой дизадаптации пациентов, т.к. задания тестов фактически воспроизводят когнитивные задачи, часто встречающиеся в повседневной жизни.

Таблица 3

Значения контрольных показателей тестов НКД у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Группа	
	Основная	Контрольная
TS1	56,3±4,4*	30,4±2,8
NVFT1	18,2±2,1*	26,7±1,0
MVFT1	5,3±1,4*	3,1±0,8
NMAX10	6,5±1,3	8,2±0,9

Значения специфических для шизофрении показателей тестов НКД у лиц основной и контрольной групп представлены в табл. 4.

Таблица 4

Значения специфических для шизофрении показателей тестов НКД у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Группа	
	Основная	Контрольная
TS2	78,2±4,6*	57,5±3,9
NS	16,6±1,8*	10,3±1,1
NVFT2	19,4±2,0*	24,7±1,8
MVFT2	5,9±1,1	5,5±0,6
D10	2,6±0,8*	1,4±0,3

Как видно из приведенных в табл. 4 данных, значения всех специфичных для шизофрении показателей тестов НКД, кроме MVFT2, у лиц с коморбидной АГ достоверно отличались от контрольной группы в сторону большей выраженности НКД. Полученные результаты говорят о том, что наличие коморбидной АГ способствует утяжелению специфических для шизофрении нарушений селективности внимания и колебаний активного внимания. Отсутствие достоверных различий показателя MVFT2 между опытной и контрольной группами можно связать с тем, что он отражает «ядерное» расстройство мышления при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра – феномен актуализации латентных признаков, выраженность которого в наименьшей (из изучавшихся показателей) степени подвержена влиянию органического фона.

Выводы. 1. Наличие коморбидной АГ у лиц с шизофренией ведет к большей выраженности НР и трансформации их структуры (преобладание псевдоорганических расстройств над астеническими и психопатоподобными). 2. Наличие коморбидной АГ у пациентов при шизофрении ведет к изменению и контрольных, и специфических для шизофрении показателей тестов НКД в сторону большей выраженности НКД, что ведет к углублению социально-бытовой дизадаптации пациентов.

Литература

1. Гурович И.Я. и др. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004
2. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001
3. Шальнова С.А. и др. // Рос. кардиол. ж. 2006. № 4. С. 45–50
4. Lieberman J.A. et al. // N. Engl. J. Med. 2005. Vol. 353, № 12. P.1209.

NEGATIVE SYMPTOMS AND NEUROCOGNITIVE DEFICITS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH CO – MORBID ARTERIAL HYPERTENSION

S.N. PODVIGIN

Chair of psychiatry with narcology Voronezh state medical academy named by N.N.Burdenko

Specifics of negative symptoms and neurocognitive deficits in paranoid schizophrenia patients with co-morbid arterial hypertension were studied. Author suggests that the co-morbid arterial hypertension

aggravates negative symptoms of schizophrenia and neurocognitive deficits.

Key words: schizophrenia, neurocognitive deficits, arterial hypertension

УДК 616.89-071:37

О ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАСТРОЙСТВ И НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

С.Н.ПОДВИГИН*

Проведено исследование динамики выраженности негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита у больных паранойдной шизофренией на фоне медикаментозной коррекции коморбидной артериальной гипертензии. Сделан вывод о том, что медикаментозная коррекция коморбидной артериальной гипертензии способна снизить выраженность как негативных расстройств, так и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, артериальная гипертензия

Под нейрокогнитивным дефицитом (НКД) при шизофрении принято понимать отклоняющиеся от нормы результаты выполнения ряда нейропсихологических методик, содержательно сходных с встречающимися в повседневной жизни когнитивными задачами [2]. Выраженность НКД, в большей мере влияет на уровень социальной адаптации больных шизофренией, чем выраженность галлюцинаторно-бредовых или дефицитарных расстройств [1]. Артериальная гипертензия (АГ) – распространенная форма сопутствующей патологии у пациентов с шизофренией [4]. Адекватное лечение АГ получают менее четверти пациентов [3]. Данное заболевание само по себе сопровождается когнитивными расстройствами, которые способны редуцироваться на фоне медикаментозной коррекции артериального давления (АД). Поскольку когнитивный дефицит, обусловленный АГ, до некоторой степени обратим при достижении медикаментозного контроля АД, медикаментозная коррекция АГ у пациентов с шизофренией принципиально способна снижать выраженность НКД. Однако, эмпирических исследований по данной тематике в доступной литературе обнаружить не удалось.

Цель исследования – оценка динамики негативных расстройств (НР) и НКД у больных шизофренией на фоне медикаментозной коррекции коморбидной АГ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие амбулаторные больные паранойдной шизофренией, удовлетворяющие следующим критериям включения: 1. Диагноз шизофрении установлен в соответствии с критериями МКБ – 10, 2. Возможность личного обследования при очередном посещении диспансера, 3. Наличие информированного согласия на участие в исследовании, 4. Наличие диагноза АГ, подтвержденного как медицинской документацией, так и значениями АД на момент включения в исследование >140/90 мм рт.ст.

Критерии исключения были следующими: 1. Нарушения контакта с пациентом, не позволяющие провести обследование с использованием нейропсихологических методик, 2. Текущее или перенесенное неврологическое заболевание, кроме дисциркуляторной энцефалопатии, 3. Пациенты, признанные недееспособными в установленном порядке, 4. Хронические соматические заболевания (исключая АГ) в стадии декомпенсации.

Указанным критериям включения/исключения соответствовало всего 100 пациентов. После входного клинико-психопатологического обследования и определения базальных значений изучавшихся показателей больные консультировались терапевтом, и им назначалась новая либо корректировалась уже имеющаяся схема медикаментозной терапии АГ. У 64 больных был достигнут медикаментозный контроль АД – при тонометрии на всех визитах исследования, начиная с первого месяца терапии, не отмечалось значений АД>140/90 мм рт.ст. Данные пациенты составили основную группу. 36 пациентов, у которых не был достигнут медикаментозный контроль АД, то есть хотя бы на одном визите исследования, начиная с первого месяца терапии, было зарегистрировано АД>140/90 мм рт.ст., составили контрольную группу.

Больные обследовались с использованием клинико-психопатологического метода, шкалы оценки выраженности негативных расстройств SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), методик оценки выраженности НКД-теста Струпа и теста речевой беглости, тонометрии с использованием полуавтоматического тонометра. Обследование в динамике проводилось до начала терапии (Д0), а в последующем – 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев (Д30, Д60, Д90, Д120, Д150, Д180, соответственно). Шкала SANS и нейропсихологические методики использовались в русскоязычной адаптации по [2]. При оценке выраженности НР определялись следующие показатели шкалы SANS: общий балл аффективного уплощения (AF) – от 0 до 35; общий балл алогии (AL) – от 0 до 20; общий балл абулии – апатии (APB) – от 0 до 15; общий балл ангедонии – асоциальности (ANS) – от 0 до 20; общий балл нарушения внимания (AD) – от 0 до 10.

Выбор методик оценки НКД был связан с тем, что данные тесты, в отличие от многих других, имеют контрольные показатели, позволяющие отдельно анализировать динамику НКД и когнитивных расстройств, обусловленных различными фоновыми факторами. Определялись следующие показатели: время выполнения первой карты теста Струпа (TS1) – контрольный показатель, отражающий неспецифические нарушения внимания; время выполнения второй карты теста Струпа (TS2) и число ошибок во второй карте (MS) – специфические для шизофрении показатели нарушения селективности внимания; число произнесенных слов (NVFT1) и число ошибок (MVFT1) в первой части теста речевой беглости – контрольные показатели, отражающие неспецифические нарушения, соответственно, темпа психических процессов и переключаемости внимания; число произнесенных слов (NVFT2) и число ошибок (MVFT2) во второй части теста речевой беглости – специфические для шизофрении показатели, отражающие выраженность искажения процессов обобщения.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием методов описательной статистики, параметрических и непараметрических методов оценки достоверности различий.

Результаты и их обсуждение. В табл. 1 представлены базальные (Д0) значения показателей шкалы SANS у пациентов основной и контрольной групп.

Таблица 1

Базальные значения показателей шкалы SANS у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Группа	
	Основная	Контрольная
AF	16,3±0,9	16,6±1,2
AL	14,2±1,1	13,7±1,6
APB	7,8±1,4	7,0±1,8
ANS	9,7±1,6	9,2±1,9
AD	7,1±0,8	7,7±1,2

Как видно из представленных в табл. 1 данных, достоверные различия базальных показателей шкалы SANS у пациентов основной и контрольной групп отсутствовали, что свидетельствует о гомогенности выборки исследования по исходной выраженности НР. В табл. 2 представлены значения показателей шкалы SANS у пациентов основной (О) и контрольной (К) групп на Д30, Д60, Д90, Д150, Д180. Достоверные (p<0,05) различия между последовательными измерениями показателей выделены подчеркиванием.

Как видно из представленных в табл. 2 данных, у пациентов основной группы отмечалась статистически достоверная положительная динамика следующих показателей: AF (отражает сглаженность мимических и эмоциональных реакций), APB (отражает выраженность апато-абулических расстройств) и AD (отражает выраженность нарушений внимания). По-видимому, на исходные значения данных показателей в наибольшей мере влияли эмоционально-волевые и когнитивные расстройства, обусловленные коморбидной АГ.

Наиболее рано отмечалась положительная динамика выраженности нарушений внимания (показатель AD уже на Д30 достоверно отличался от Д0), затем к Д60 возникла положительная динамика выраженности апато-абулических расстройств (показатель APB) и, наконец, к Д90 отмечалась положительная динамика выраженности аффективного уплощения (показатель AF).

Базальные (Д0) значения показателей тестов НКД у пациентов основной и контрольной групп отражены в табл. 3.

* Кафедра психиатрии с наркологией ГОУ ВПО «Воронежская ГМА имени Н.Н.Бурденко», 394071, г. Воронеж, ул. 20 лет Октября, 73, к.33