

1. Модифицированы методики «Ассоциативный эксперимент» и «Незаконченные предложения» для целей исследования.

2. Определена категориальная структура представлений о взаимоотношениях врача и больного.

3. С системных позиций разработана модель представлений о себе, друг о друге, о взаимоотношениях врача и больного.

4. Проведено исследование уровней факторов семантического дифференциала.

5. Разработан валидный и надежный инструмент оценки представлений о взаимоотношениях в системе «врач-больной».

Научная новизна исследования состоит в том, что модифицирован комплекс методик для диагностики взаимоотношений врача и больного. Внедрение разработанной методики по-

зволит выявлять структуру представлений, несоответствия в представлениях врача и больного в целях улучшения взаимоотношений как практикующих, так и будущих специалистов.

Теоретико-практическая значимость данного исследования:

1. Определена система представлений о взаимоотношениях врача и больного, что будет способствовать повышению качества медицинских услуг и профессиональной успешности врача.

2. Разработана динамическая модель представлений о себе, друг о друге, о взаимоотношениях врача и больного, помогающая в установлении взаимоотношений.

3. Компьютеризация основных процедур методики способствует ее практическому использованию в медицинских учреждениях.

Библиографический список

- Петренко, В.Ф. Психосемантика сознания. – М., 1988.
- Большой психологический словарь / сост. Б. Мещеряков, В. Зинченко. – СПб., 2004.
- Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб., 2002.
- Румянцев, Г.Г. Опыт применения метода незаконченных предложений в психиатрической практике // Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях. – Л., 1969.

Bibliography

- Petrenko, V.F. Psikhosemantika soznaniya. – M., 1988.
- Boljshoj psikhologicheskiy slovarj / sost. B. Metherjakov, V. Zinchenko. – SPb., 2004.
- Sidorenko, E.V. Metodih matematicheskoy obrabotki v psikhologii. – SPb., 2002.
- Rumyantsev, G.G. Opijt primeneniya metoda nezakonchennikh predlozenij v psikhiatricheskoy praktike // Issledovanie lichnosti v klinike i v ehkstremalnykh usloviyakh. – L., 1969.

Статья поступила в редакцию 05.03.13

УДК 615.8

Pronin S.V., Egorova L.S., Chukhrova M.G., Grebenkina I.G. SOMATOFORM DISORDERS OF CHRONIC ACALCULOSUS CHOLECYSTITIS. In patients with a clinical diagnosis of «chronic acalculosus cholecystitis» be invited to make a psychosomatic component by skorial assessments desegmentatsiey incremental data. We must also consider the objective manifestations of the disease. Conducting duodenal sounding so sick is shown to decrease or reduced, leading to a number of complaints. Basic mechanisms autostabilization autonomic balance in patients with somatoform neuro-psychiatric disorders in chronic cholecystitis acalculosus will mainly related to allostatic regulation, especially in pain and asthenic manifestations.

Key words: psychosomatic medicine, chronic cholecystitis acalculosus, somatoform disorders.

С.В. Пронин, АНО НБ «Витар», г. Новосибирск; Л.С. Егорова, ГБОУ ВПО «Новосибирский гос. медицинский университет Минздрава РФ», г. Новосибирск; М.Г. Чухрова, ФГБУ НИИ терапии СО РАМН, И.Г. Гребенкина, ГБОУ ВПО «Новосибирский гос. медицинский университет Минздрава РФ», г. Новосибирск, E-mail: svpronin@rambler.ru

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

У пациентов с клиническим диагнозом «хронический некалькулезный холецистит» предлагается выделять психосоматическую составляющую путем скриональных оценок с пошаговой десегментацией данных. Необходимо учитывать также объективные проявления заболевания. Проведение дуоденального зондирования таким больным является показанным, т.к. снижает или приводит к редуцированию ряда жалоб. Основные механизмы аутостабилизации вегетативного баланса у лиц с соматоформными нервно-психическими расстройствами при хроническом некалькулезном холецистите будут в основном связаны с аллостатическим регулированием, особенно в части болевых и астенических проявлений.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, хронический некалькулезный холецистит, соматоформные расстройства.

Как показывают клинические наблюдения, пациенты с однажды установленным диагнозом хронического холецистита, выявляют признаки вегетативных дисфункций, психоэмоционального напряжения, тревожных и ипохондрических расстройств, предъявляют большое количество разнообразных жалоб на все возможные расстройства и боли в области правого подреберья. При этом симптоматическая терапия по основному заболеванию не всегда оказывается эффективной и зачастую не способствует уменьшению жалоб и нормализации состояния. Подобные ситуации могут приводить пациентов к различным врачам, в фокусе деятельности которых внутренние болезни. Надо от-

метить, что распространенность патологии желудочно-кишечного тракта составляет 35 – 37% в структуре общей заболеваемости, где болезни желчевыводящих путей занимают треть от них [1-4]. По данным Федеральной службы государственной статистики по НСО, частота заболеваний органов пищеварения по НСО составляет 26,1%, и, для сравнения, психические расстройства 4,0% [5]. Это дает возможность предположить, что вероятнее всего, лица с соматоформными нервно-психическими расстройствами (СФР) являются постоянными пациентами у терапевтов.

Хроническая патология желчевыводящих путей (ХПЖВП) включает в себя различные типы дискинезий или дисфункций

билиарного тракта (дисфункции сфинктера Одди и желчного пузыря), хронический холецистит и желчнокаменную болезнь. По данным Американской гастроэнтерологической ассоциации, жалобы на дискомфорт пищеварительной системы предъявляют 44% мужчин и 56% женщин. Наличие болезни подтверждается соответственно только у 22% и 17%. Типичной симптоматикой холецистита, в т.ч. некалькулезного, считаются болевые проявления с иррадиацией в правое подреберье, подложечную область, горечь в полости рта, тошнота, рвота, лихорадка (в 32% чаще у геронтов). Болевая симптоматика часто обозначается как «синдром правого подреберья» [6]. Боли в правом подреберье, связанные с состоянием желчных протоков, имитируют холецистит, а при отсутствии объективных данных нарушения оттока желчи носят название дискинезии желчевыводящих путей. Связь этих нарушений с эмоциональным состоянием (подавленностью, склонностью к депрессии, раздражительностью или скрываемой агрессивностью) известна со времен Гиппократа и получила название меланхолии (в буквальном переводе — «черная желчь», что отражает действительный факт изменения окраски желчи, ее «сгущения» — повышения концентрации желчных пигментов в случае застоя в желчевыводящих путях) [7].

В литературе имеются лишь единичные работы, посвященные изучению психологического статуса у пациентов с патологией желчевыделительной системы (Бурков С.Г., 1994; Вейн А.М., 2001; Бузунов А.Ф., 2003; Плотникова Е.Ю., 2009). Так, у женщин с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) и желчнокаменной болезнью (ЖКБ) выявляется определенный психологический портрет: пассивная жизненная позиция, пессимистичность, низкая оценка своих возможностей, эмоциональная лабильность, слезливость, склонность к избыточной драматизации событий, высокий уровень личностной тревожности; им свойственны выраженные вегетативные реакции при стрессе. Также значительно снижено качество жизни по всем параметрам. Приверженность к лечению у женщин 45–65 при хроническом бескаменном холецистите средняя (69%), а при желчнокаменной болезни высокая (81,4%) [8].

Учитывая биопсихосоциальную природу гастроэнтерологической патологии, о чём упоминал еще Франц Александр [9], а также исходя из предположения, что тревожно-депрессивные расстройства могут провоцировать ипохондрические жалобы со стороны желудочно-кишечных расстройств и дисфункций желчевыводящих путей, мы посчитали необходимым провести анализ и объективную оценку ипохондрических расстройств у больных с хроническим некалькулезным холециститом.

Цель исследования: определение степени обратимости психосоматических проявлений на основании изучения взаимосвязи соматогенных жалоб в зависимости от типа механизма регуляции желчевыделительной функции и вегетативного дисбаланса.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: ретроспективное, сплошное, закрытое, нерандомизированное исследование. Всего под наблюдением находились 308 пациентов с патологией ХНХ, среди них преобладали лица в возрасте от 33 до 55 лет (58,7% всех наблюдений).

При выборе инструмента оценки болевой симптоматики во внимание принимались существующие опросники для гастроэнтерологических больных: The Glasgow Dyspepsia Severity Score; Dyspepsia-related Health Scale Questionnaire [3]. У всех больных в динамике изучались клинические проявления, выполнялись обязательные лабораторные и инструментальные обследования, и проводилась терапия согласно XIII раздела протоколов диагностики и лечения, больных с заболеваниями органов пищеварения (приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.).

В соответствии с целью исследования были использованы следующие типы переменных: номинальная (пол), интервальная – возраст, результаты параклинических исследований (анализы крови, мочи, биохимия крови). Упрощенный вариант количественной шкалы – «дихотомическая», с вариантами ответа «да» – «нет», для анализа клинических проявлений различных симптомов (наличие боли, изжоги, отрыжки и т.п.).

Первоначально данные всех пациентов были перекодированы в дихотомные по критерию «нет воспаления – есть воспаление» с использованием переменной СОЭ, где значение «нет воспаления» соответствовало < 4 мм/час и «есть воспаление», где показатель превышал данное значение. Из 308 пациентов в первую группу было отнесено 40 ($2,57 \pm 0,50$) и во вторую 268

($10,6 \pm 5,31$) 87 %. Следующим шагом было суммирование интенсивности всех жалоб, предъявляемых пациентами на момент обращения. Применились 10 оценочных дихотомных шкал: характер болей и их интенсивность, горечь во рту, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, стул, отрыжка, слабость. При этом у 259 они отсутствовали (68,7%), у остальных средняя оценка составила ($m \pm SD$) $1,17 \pm 2,03$ балла ($min = 0$ и $max = 10$ баллов). В связи с тем, что была выявлена прямая корреляционная связь активности предъявления жалоб и дебита желчи, т.е. количества желчи получаемой при дуоденальном зондировании (ДЗ) за определенное время $r = 0,155$, $P = 0,024$ (значимый уровень для сигмы односторонний 0,05), были отобраны пациенты, отнесенные к «норме» по этому параметру и их количество составило 36,6% (138 человек). Среднее значение дебита желчи у них составило $2,23 \pm 0,45$ мл/мин (мин = 1,38 и макс = 3,31). Следующий шаг – исключение наблюдений, где выявлен описторхоз при ДЗ и таких пациентов было 17,2% (65 наблюдений). В итоге общее количество лиц, у которых можно было предложить соматоформные расстройства (СФР), составило 5% (19 человек). Индекс жалоб у них в среднем составил $2,4 \pm 1,5$ балла (для сравнения, в группе контроля $1,1 \pm 2,0$, где соматоформные расстройства исключены a priori).

Нами были определены весовые, скоринговые оценки (score) для каждого пациента с расчетом вероятности проявления соматоформных расстройств. Для этого использовалась статистическая процедура программы PASW, т.н. «склонность к покупке». Эта процедура позволяет использовать результаты пробной рассылки или предыдущей кампании для генерации баллов (скоринга). Баллы показывают, кто из клиентов вероятнее всего откликнется на предложение или будет удовлетворять определенным условиям, в нашем исследовании критериям диагноза СФР. В поле отклика указывается предварительный диагноз, поставленный на основе экспертной оценки (см. описанную процедуру выше). Поля в списке «Склонности» – это характеристики, которые предсказывают вероятность отклика контакта, имеющего схожие характеристики. При постановке в поле отклика интервальных и дихотомных оценок переменных, связанных с жалобами пациентов: болевой синдром, горечь во рту, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, стул, отрыжка, слабость – мы еще раз убедились в правильности выбранного подхода в выявлении таких лиц. Так скоринг при СФР составляет $S_{\text{сфр}} = 0,55 \pm 0,22$ балла, в группе контроля $S_{\text{сфр}} = 0,07$. Общее качество данной модели имеет значение ROC = 0,91. Считается, что хорошая модель обычно имеет значение больше 0,5. Значение меньше 0,5, указывает на то, что модель ничем не лучше, чем случайное предсказание. Имея индивидуальную скоринговую характеристику проявлений СФР мы получили возможность всестороннего анализа данного состояния у лиц с ХНХ.

Наиболее полно указанным условиям удовлетворяли 101 человек в возрасте $41,25 \pm 13,75$ лет – группа контроля. Скориальная оценка вероятности СФР у них составила $S_{\text{сфр}} = 0,074$ балла, другими словами не превышала 7,4%. В основную группу вошли пациенты, которые подпадали под критерии СФР, их возраст $41,21 \pm 10,99$ лет (19 больных) $S_{\text{сфр}} = 0,55 \pm 0,22$ балла, т.е. скориальная оценка вероятности СФР составляла в среднем 55%.

Пациентам основной группы и группы контроля проводились следующие обследования: общеклинические (общий анализ крови, мочи, кал на копроскопию и яйца глист); биохимическое исследование крови (общий белок и белковые фракции, билирубин, АЛТ, АСТ, холестерин, тимоловая и суплемовая пробы); инструментальные методы (ультразвуковое сканирование внутренних органов, холецистография, ФГС, ирригоскопия).

Результаты и их обсуждение. При сравнении основных клинических проявлений, которые могут существенно влиять на качество жизни пациентов с ХНХ, среди пациентов первой/второй групп, болевой синдром выявлялся в 63,3% – 100%, диспептическая горечь во рту 84,9% – 100% и астеновегетативный синдром в 78,2% – 100% случаях. По данным В.Н. Золотухиной [8], у пациентов с хроническим холециститом выделялись болевой 80,3%, диспептический 69,7%, астеновегетативный синдромы 59,2%. В сравнении использована порядковая шкала (нет проявлений, минимально, средне, выражено). Несколько другой результат получен при использовании ординарных шкал (нет – да). При сравнительной оценке результатов жалоб пациентов при использовании порядковой шкалы (симптом: нет проявление-

ний, минимально, средне, выражено) могут отмечаться различия в группе пациентов с СФР в оценке болевых ощущений в правом подреберье ($P = 0,0001$; $F = 16,8$) и диспептических проявлений (метеоризм) ($P = 0,0002$; $F = 10,2$). Если используются ординальные шкалы (симптом «нет – да») есть отличие между группами 1-2 в оценке жалоб, связанных с горечью во рту ($P = 0,010$; $F = 6,8$) и оценке астенических проявлений (симптом физическая слабость «нет-есть») ($P = 0,0001$; $F=35,4$).

Выявлены половые различия в субъективной оценке своих жалоб пациентами 1-2 группами и формы ХНХ. Не зависимо от группы у женщин оценки (Score) ипохондрической окраски жалоб при ХНХ выше на 24% по сравнению с мужчинами (Score = 0,14 / 0,17). Влияние на эту оценку формы ХНХ и наличие предкалькулезного ХНХ может быть заметным (0,13/0,23; $P=0,03$; $F= 4,7$ при исключении влияния возраста пациентов). Независимо от пола пациентов ипохондрическая выраженность жалоб при предкалькулезном ХНХ возрастает на 56%. У мужчин, имеющих клинику ХНХ, ипохондрические проявления существенней. Наблюдается определенная динамика болевого синдрома, так по завершению лечения отсутствие болей наблюдалось в 62,3%, неинтенсивные боли в 37,7%, жалобы на средне интенсивные боли уже не отмечались (мин. 0, макс. 1 балл; средний балл $0,38 \pm 0,48$). Отличие между этапами лечения статистически достоверно ($P = 0,001$).

Ипохондрические проявления были оценены в зависимости от варианта протекания ХНХ, гипо- нормо- и гиперфункции дебита желчи. Всего пациентов, где оценивался дебит желчи, во время ДЗ было 104, среди них лиц с физиологической нормой ($N=64$), где индекс жалоб Иж = $0,15 \pm 0,21$; гиперфункция ($N=8$), Иж = $0,13 \pm 0,16$ и гиперфункция ($N=32$) индекс жалоб = $0,18 \pm 0,21$. Наблюдалась прямая связь возрастания количества жалоб при гиперкинетических вариантах ХНХ. Выявлено влияние числа зондирования на ипохондрические проявления, замечено, что лица склонные к СФР, будут настаивать на третьем зондировании, и такая вероятность составит 26%. Активность жалоб с ипохондрической окраской будет заметной при поступлении на лечение. Замечено также, что при гиперкинетических вариантах ХНХ ведущее место занимают жалобы, связанные с чувством горечи во рту, при нормокинетическом варианте – болевой синдром, при гиповарианте – слабость. При отсутствии соматоформных расстройств линейка жалоб будет иметь вид «горечь во рту -> метеоризм -> боли->рвота->тошнота->слабость->изжога». Это заключение будет характерно для состояний «гипо->гиперкинетические» проявления ХНХ. Исключение составляет нормокинетическая форма ХНХ. При гипокинетических вариантах будут характерны застойные проявления, на что указывает доминирование симптоматики диспептической горечи. Процент правильно отобранных состояний составляет 62,9%. При соматоформных расстройствах, на основе созданной модели, выявлена примерная равнозначность важности симптомов, но их значимость (по возрастающей) будет иметь следующую последовательность «боли – диспептическая горечь – изжога – метеоризм – рвота – слабость – тошнота». При нормокинетическом варианте ХНХ отмечена равность клинических симптомов, что подтверждает нашу гипотезу о том, что патологический субстрат соматоформных расстройств имеет больше психосоматическую окраску. При гипо- и гиперкинетических вариантах ХНХ, наоборот, вегетативная дисрегуляция будет сказываться на формировании СФР. Последнее позволяет высказываться в этих случаях за диагноз F45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» [10].

У лиц, отмечавших высокий уровень стресса, связанного с работой, напряженными отношениями с другими людьми, выявлена следующая зависимость: отмечена прямая связь с возрастанием в 5,2 раза ипохондрической окраски восприятия болезненных проявлений ХНХ ($P=0,0001$; $F = 6132,4$) где исключалось влияние возраста пациентов). Полученные модели взаимосвязи индекса жалоб в сравниваемых группах подвержены влиянию некоторых других факторов, которые нам не удалось полностью уточнить, что сказалось на их точности (в группе контроля СФР нет $P = 0,283$; $F = 1,26$ и в основной группе $P = 0,419$; $F = 0,918$). При этом тенденции возрастания общего числа жалоб, характеризующих ХНХ, возрастает в контрольной группе и снижается у лиц с СФР. По болевой симптоматике различий между группами не отмечено, т.к. нами была выявлена разнонаправленность Score оценок, характеризующих количествен-

ную сторону жалоб пациентов во взаимосвязи с их возрастом в основной группе и в контроле. Появилась необходимость отследить динамику симптомов – болевого, диспептического и астенического. Болевые проявления – отличия между группами отсутствуют ($P = 0,341$). Наоборот, по диспептическим ($P = 0,056$) и астеническим проявлениям отличия заметны ($P = 0,0001$). Возникает вопрос: как будет влиять на интенсивность этого спектра жалоб возраст пациентов? Предварительно были получены весовые значения для каждой групп жалоб на основе уравнений логистической регрессии и последующем построении графических скаттерограмм и трендов. Выявлена взаимосвязь восприятия боли и возраста, восприятие боли с возрастом будет обостряться, и не будет зависеть от группы пациентов (значимость модели $P=0,007$; $F = 4,9$), т.е. болевые проявления ассоциированы в обоих случаях с аллостатическим типом регулирования вегетативного баланса [11]. Другая картина по диспептическим проявлениям (значимость модели $P = 0,007$; $F = 5,56$), т.е. у пациентов с соматоформными расстройствами число и интенсивность таких жалоб возрастает, и будет доминировать аллостатический тип регулирования. Наоборот, в группе контроля отмечен гомеостатический тип регулирования.

Можно наблюдать другую геометрическую составляющую, характеризующую астенические проявления. Так, отмечается двухфазность интенсивности субъективных оценок в группе контроля (значимость модели $P = 0,029$; $F = 3,87$) с пиком, который приходится на возраст 38-42 года, т.е. в дальнейшем происходит все-таки переключение на гомеостатические механизмы регулирования. В основной группе для таких астенических проявлений характерна прямая связь с возрастом и интенсивность таких жалоб будет возрастать, и здесь преобладает аллостатический тип регулирования. Среди других биологических факторов влияющих на СФР, можно отметить и роль СОЭ, так при его возрастании СОЭ со средних значений 10,2 мм/час до 12,3 мм/час, т.е. на 17% возрастет вероятность появления ипохондрических жалоб в группе СФР ($P = 0,0001$; $F = 63,28$). Выявлено влияние на появление СФР паразитоза. Описторхоз выявлен у 17,2% пациентов, истории болезни которых были в разработке ($N = 377$). Как уже было отмечено в дизайне исследования в группе пациентов с СФР такие лица отсутствовали. Но в целом оказалось, что наличие описторхоза, подтвержденного лабораторными анализами (микроскопией желчи) влияло на ипохондрическую окраску жалоб с возрастанием их числа на 42% (Score 0,12/0,28) различие между группами описторхоз «нет – есть», значимо ($P=0,017$; $F = 5,89$).

Заключение. Возрастание заболеваний желчевыводящих путей, связанных как с образом жизни, экологией, так и уровнем психоэмоционального стресса, неизбежно приводит к патоморфозу клинических проявлений и наслоению психосоматической составляющей. Предлагаемый нами подход скориальных оценок с пошаговой десегментацией данных и выделением пациентов, у которых их жалобы на расстройства, связанные с системой желчевыводящих путей, не имеют объективной подоплеки, позволяет обозначить группу лиц, обратившихся к врачам-интернистам, именно с соматоформными расстройствами. В структуре жалоб таких больных будет доминировать акцент на диспептические, астенические и болевые проявления, ассоциированные с локализацией в правом подреберье и клиникой ХНХ. Основные механизмы аутостабилизации вегетативного баланса у лиц с СФР будут в основном связаны с аллостатическим регулированием, особенно в части болевых и астенических проявлений, связанных с клиникой ХНХ. Надо отметить, что проведение ДЗ таким больным является показанным и позволяет исключить деструктивные, воспалительные процессы, также дает и опосредованное лечебное воздействие через регулирование работы желчевыводительной системы, снижая или приводя к редуцированию ряда жалоб. Конечно, есть необходимость учитывать объективные проявления ХНХ, с учетом их распространенности, в оценке состояния таких пациентов, наряду с вероятностью развития психосоматических нарушений. Это диктует необходимость сегментарного, нейронального воздействия на болезненный очаг для восстановления гомеостатического регулирования. Все это свидетельствует о необходимости оценки СФР у пациентов, обратившихся по поводу заболеваний ЖКП уже на уровне первичного, интернального звена оказания амбулаторной медицинской помощи.

Библиографический список

1. Галкин, В.А. Современные методы диагностики дискинезией желчного пузыря и некалькулезного холецистита // Тер.архив. – 2001. – № 8.
2. Курилович, С.А. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в Западной Сибири / С.А. Курилович, О.В. Решетников; под ред. акад. РАМН Ю.П. Никитина. – Новосибирск, 2000.
3. Радченко, В.Г. Хронические заболевания печени. Клиника. Этиология. Диагностика. Лечение. Эпидемиология. Профилактика / В.Г. Радченко, А.В. Шабров, В.В. Нечаев. – СПб., 2000.
4. Sherlock, S. Overview of chronic cholestatic conditions in adults: terminology and definitions / S Sherlock //Clin Liver Dis. 1998. – May; 2(2).
5. Заболеваемость населения по основным группам болезней [Э/р]. – Р/д: http://novosibstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/novosibstat_ru/statistics/population/
6. Скуя, Н.А. Заболевания холангидоуденопанкреатической зоны. – Рига, 1981.
7. Радченко, В.Г. Хронические заболевания печени. Клиника. Этиология. Диагностика. Лечение. Эпидемиология. Профилактика / В.Г. Радченко, А.В. Шабров, В.В. Нечаев. – СПб., 2000.
8. Золотухина, В.Н. Хронический бескаменный холецистит и желчнокаменная болезнь у женщин (клинико-психологические особенности, качество жизни и комплайанс) [Э/р]. – Р/д: <http://www.dissers.ru/1meditsina/chronicheskiy-beskamennyi-holecistit-zhelchnokamennaya-bolezn-zhenschin-kliniko-psihologicheskie-osobennosti-kachestvo-zhizni-komplayens-14-01-04-vnutrennie.php>
9. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. — М., 2002.
10. Симптоматика психосоматических расстройств [Э/р]. – Р/д: <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=1665>
11. Allostasis [Э/р]. – Р/д: <http://en.wikipedia.org/wiki/Allostasis> и <http://sundorog.livejournal.com/47141.html>

Bibliography

1. Galkin, V.A. Sovremenniye metodi diagnostiki diskinezii zhelchnogo puzihrya i nekaljkuleznogo kholecistita // Ter.arkhiv. – 2001. – № 8.
2. Kurilovich, S.A. Ehpidemioliya zabolevaniy organov pithevareniya v Zapadnoy Sibiri / S.A. Kurilovich, O.V. Reshetnikov; pod red. akad. RAMN Yu.P. Nikitina. – Novosibirsk, 2000.
3. Radchenko, V.G. Khronicheskie zabolevaniya pecheni. Klinika. Ehtiologiya. Diagnostika. Lechenie. Ehpidemioliya. Profilaktika / V.G. Radchenko, A.V. Shabrov, V.V. Nечаев. – SPb., 2000.
4. Sherlock, S. Overview of chronic cholestatic conditions in adults: terminology and definitions / S Sherlock //Clin Liver Dis. 1998. – May; 2(2).
5. Zabolevayemost' naseleniya po osnovnym gruppam bolezney [Eh/r]. – R/d: http://novosibstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/novosibstat_ru/statistics/population/
6. Skuya, N.A. Zabolevaniya kholangioduodenopankreaticheskoy zonih. – Riga, 1981.
7. Radchenko, V.G. Khronicheskie zabolevaniya pecheni. Klinika. Ehtiologiya. Diagnostika. Lechenie. Ehpidemioliya. Profilaktika / V.G. Radchenko, A.V. Shabrov, V.V. Nечаев. – SPb., 2000.
8. Zolotukhina, V.N. Khronicheskiy beskamenniy kholecistit i zhelchnokamennaya bolezn u zhenthin (kliniko-psikhologicheskie osobennosti, kachestvo zhizni i komplayens) [Eh/r]. – R/d: <http://www.dissers.ru/1meditsina/chronicheskiy-beskamenniy-holecistit-zhelchnokamennaya-bolezn-zhenschin-kliniko-psihologicheskie-osobennosti-kachestvo-zhizni-komplayens-14-01-04-vnutrennie.php>
9. Aleksander, F. Psichosomaticeskaya medicina. Principi i prakticheskoe primenie / per. s angl. S. Mogilevskogo. — M., 2002.
10. Simptomatika psichosomaticeskikh rasstroyjstv [Eh/r]. – R/d: <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=1665>
11. Allostasis [Eh/r]. – R/d: <http://en.wikipedia.org/wiki/Allostasis> i <http://sundorog.livejournal.com/47141.html>

Статья поступила в редакцию 15.05.13

УДК 616.8-001

Firsov S.A. STATE PRO-AND ANTIOXIDANT STATUS IN ACUTE PERIOD COMBINED CRANIAL AND SKELETAL

INJURIES. The article summarizes the state of reaction of lipid peroxidation and lipid-soluble and water-soluble antioxidants (beta-carotene, retinol and an alpha-tocopherol) as well as determination of sulfhydryl groups (SH) and ceruloplasmin patients with concomitant cerebral and skeletal trauma dynamics first 14 days.

Key words: concomitant cranial and skeletal injuries, pro-and antioxidant status.

С.А. Фирсов, канд. мед. наук, ННИИТО, г. Новосибирск, E-mail: serg375@yandex.ru

СОСТОЯНИЕ ТРО- И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ

В статье представлены данные о состоянии реакций перекисного окисления липидов и жирорастворимых и водорастворимых антиоксидантов (бета-каротина, ретинола и альфа-токоферола), а также определение сульфидрильных групп (SH) и церулоплазмина у пациентов с сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмой в динамике первых 14 дней.

Ключевые слова: сочетанная черепно-мозговая и скелетная травмы, про- и антиоксидантный статус.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) приводит не только к морфологическим изменениям в мозговой ткани, но и запускает сложный комплекс вторичных факторов поражения мозга: свободнорадикальный, кальциевый механизм нейронального повреждения, микроциркуляторные и эндотелиальные расстройства, нарушения генетических механизмов [1]. В патогенезе ЧМТ одно из наиболее ранних событий – нарушение баланса, сдвиг соотношения между возбуждающими (глутамат) и тормозными (глицин) нейротрансмиттерами аминокислотами в пользу первых, развитие состояния эксайтотоксичности. Последняя, в свою очередь, обусловливает активацию перекисного окисления липидов, а также высвобождение и накопление Ca²⁺ в нейрона – процессы, ведущие к гибели клеток мозга. Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) и дефицит антиоксидантной защиты (АОЗ) с поражением мембран эндотелия является одним

из механизмов формирования различных проявлений неврологического дефицита и нарушений высшей нервной деятельности [2]. Сопутствующая скелетная травма, с одной стороны, создавая дополнительный болевой и метаболический стресс, усиливает эти изменения, с другой стороны, нарушенная центральная регуляция вегетативных функций организма в результате даже легкого сотрясения мозга, препятствует нормальному течению reparativeных процессов в кости, удлиняя восстановительный период.

Актуальность оценки системы ПОЛ у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмой (СЧМСТ) определяется необходимостью адекватной медикаментозной коррекции, предотвращением прогрессирования мозговых нарушений и усугубления имеющейся неврологической симптоматики, а также профилактикой осложнений [3]. Учитывая сроки форми-