

приятный и неблагоприятный. К благоприятному отнесли медленно прогрессивное без пароксизмов и преходящих нарушений мозгового кровообращения (ПНМК) течение, к неблагоприятному - медленно прогрессивное с пароксизмами, медленно прогрессивное с пароксизмами и ПНМК и быстро прогрессивное течение.

Нами проводился сравнительный анализ частоты факторов риска у больных с благоприятным и неблагоприятным типами течения (табл.), при этом установлено, что в группе больных с благоприятным типом течения ДЭ статистически достоверно чаще ($p < 0,01$) встречались больные с физиологическим климаксом в постменопаузе в позднем климактерии, с менопаузальным индексом (ММИ) легкой степени. При неблагоприятном

же течении ДЭ достоверно чаще ($p < 0,01$) встречались лица с патологическим течением климакса в перименопаузе в перименопаузальном климактерии, с ММИ средней степени тяжести. Тяжелой степени ММИ наблюдался только при неблагоприятном течении ДЭ. Значимыми факторами риска неблагоприятного течения ДЭ явились климактерический синдром, постовариоэктомический синдром, дисфункциональные маточные кровотечения климактерического периода, гипотиреоз, гипоталамический синдром и сахарный диабет, а также артериальная гипертензия, ИБС, остеохондроз шейного отдела позвоночника, избыточная масса тела, психоэмоциональное напряжение, атерогенные дислипидемии и отсутствие регулярного лечения вазоактивными препаратами.

VARIANTS OF CLINICAL COURSE OF DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY IN CLIMACTERIC WOMEN

V.V. Shprakh, M.N. Sinelnicova

(Irkutsk Institute for Advanced Medical Studies)

In result of dynamic observation during $5,2 \pm 0,3$ years for 100 women with discirculatory encephalopathy (DE) first stage in climacteric was distinguish as four variants of its clinical course: slowly progressing course without paroxysms and transient disorders of brain circulation, slowly progressing course with paroxysms, slowly progressing course with paroxysms and transient disorders of brain circulation and rapidly progressing course. Slowly progressing course without paroxysms and transient disorders of brain circulation was referred to the favorable type of DE courses, the three rest are considered to be unfavorable. Risks factor of unfavorable course DE in climacteric women was discovered.

Литература

1. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия / Е.М. Бурцев // Журнал неврологии и психиатрии. - 1998. - №1. - С.45-48.
2. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: Методические рекомендации / И.В. Дамулин, В.В. Захаров / Под ред. Н.Н. Яхно. - М.: РКИ Соверо пресс, 2001. - 32 с.
3. Майданик И.Л. Особенности патологического климакса у женщин с экстрагенитальными заболеваниями // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. // Сборник науч. трудов. - Ташкент, 1989. - С.57-60.
4. Маличенко С.Б. Дисметаболический постменопаузальный синдром: клиника, диагностика, лечение. Дис. ... д-ра мед. наук: 10.06.99 / Росс. Мед. акад. последипломного обуч. - М., 1999. - 292 с.
5. Одинак М.М. Сосудистые заболевания головного мозга / М.М. Одинак, А.А. Михайленко, Ю.С. Иванов, Г.Ф. Семин. - СПб.: "Гиппократ", 1998. - 160 с.
6. Репина М.А. Подходы к профилактике сосудистых нарушений у женщин в возрасте перименопаузы // Проблемы репродукции. - 1996. - №3. - С.55-58.
7. Шпрах В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия / В.В. Шпрах. - Иркутск, 1997. - 144 с.
8. Amoroso A. Hypertension and menopausal syndrome: effects of hormone replacement therapy and antihypertensive drugs / A. Amoroso, P. Garzia, G.M. Ferri et al. // Riv Eur Sci Med Farmacol, 1996 Jul. - Vol.18, N.4. - P.149-152.
9. Baron Y.M. Carotid artery wall changes in estrogen-treated and -untreated postmenopausal women / Y.M. Baron, R. Galca, M. Brincat // Obstet Gynecol. - 1998 Jun. - Vol.91, N.6. - P.982-986.
10. Birge S.J. Is there a role for estrogen replacement therapy in the prevention and treatment of dementia? [see comments] // J Am Geriatr Soc. - 1996 Jul. Vol.44, N.7. - P.865-870.

© ПЕТРУНЬКО О.В. -

СТРУКТУРА СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА С ПОЗИЦИИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ОЦЕНКИ

О.В. Петрунько.

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор - член-корр. РАМН, проф. А.А. Дзизинский; кафедра психиатрии, зав. - проф. А.С. Бобров)

Резюме. Обследовано 100 больных с относительно поздним манифестом заболевания (35-55 лет): 50 человек с алгическим вариантом соматизированного расстройства; 50 - с депрессивным эпизодом без коморбидного соматизированного расстройства. Изучена структура алгического варианта соматизированного расстройства с позиции интегративной оценки. Выяв-

лено наличие депрессивной (депрессивный эпизод по МКБ-10 различной степени тяжести) и тревожной (проявления психической и соматической тревоги) симптоматики в структуре соматизированного расстройства, описаны особенности сенсорных ощущений в аспекте дифференциации от патологических ощущений при соматических заболеваниях. Обоснована необходимость сотрудничества врача-психиатра и врачей общесоматической практики при диагностике и лечении данных расстройств.

Ключевые слова: соматизированные, депрессивные и тревожные расстройства.

Соматизированные расстройства наиболее часто встречаются в амбулаторной практике. Интерес к этой патологии за последние годы неуклонно возрастает не только среди психиатров и невропатологов, но и среди врачей других специальностей. Это вполне оправдано, поскольку именно соматизированное расстройство, как часть соматоформного расстройства, обуславливает большой процент диагностических ошибок и безуспешность симптоматической терапии в связи с недоучетом различной степени выраженности депрессивной и тревожной симптоматики, присущей этой категории больных.

В отечественной и зарубежной литературе в 70-80-е годы двадцатого столетия выделялось понятие "соматизированная (маскированная) депрессия" [1,3,6,13,14], которое трактовалось как эндогенное депрессивное состояние. На первом плане в клинической картине болезни выступают разнообразные соматические жалобы, не имеющие под собой серьезной объективной патологии. Собственно аффективные проявления, нередко стертые и рудиментарные, как бы отступают на задний план [13]. В современных классификациях психических и поведенческих расстройств данное понятие отсутствует. Наиболее близкой к содержанию термина "соматизированная депрессия" в МКБ-10 можно считать рубрику "соматизированное расстройство" (F45.0).

Для соматизированного расстройства по МКБ-10 характерными считаются множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы в пределах любой части тела или системы. Наиболее часто они представлены желудочно-кишечными жалобами (боль, отрыжка, рвота, тошнота), аномальными кожными ощущениями (зуд, жжение, покалывание, онемение); нередко сексуальные и менструальные жалобы. Больным свойственен напористый и драматизированный стиль предъявления жалоб, недоверие врачевным заключениям об отсутствии органической природы их жалоб, длительный путь обследования у различных представителей соматической медицины до момента направления больного на консультацию к психиатру.

Среди соматизированных расстройств, к примеру в DSM-IV, выделяются: алгический, желудочно-кишечный, псевдоневрологический варианты и расстройства сексуальной сферы. При алгическом варианте соматизированного расстройства больные предъявляют жалобы на болевые ощущения, связанные, по меньшей мере, с 4 органами, частями тела или функциями. Эти жалобы после соответствующего обследования нельзя полностью отнести к какому-либо соматическому за-

болеванию или воздействию психоактивных веществ; данные объективного, лабораторного и инструментального обследования также не могут объяснить характер и выраженность этих жалоб или ограничений жизнедеятельности.

Депрессивное, тревожное и соматизированное расстройство в МКБ-10, DSM-IV рассматриваются в разных рубриках. Между тем в зарубежной и отечественной литературе обсуждается вопрос о коморбидности (соболезненности) соматизированных расстройств с депрессией, генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, но без формулировки целостного представления о взаимосвязи между этими состояниями [10-12,15]. Известной попыткой интегративного подхода к пониманию коморбидных соматизированных, депрессивных и тревожных расстройств может служить положение В.Н. Краснова (1998) с выделением 4-х компонентной структуры соматоформного расстройства: сенсорный, вегетативный, аффективный и идеаторный компоненты. А.С. Бобров (2001) предложил принцип группировки депрессивных расстройств с учетом модальности гипотимии (сниженного настроения) и наличия/отсутствия коморбидных расстройств (в том числе алгического варианта соматизированного расстройства).

Методы и материалы

Обследовано 100 больных с относительно поздним манифестом заболевания (35-55 лет): 50 человек с алгическим вариантом соматизированного расстройства (группа "СР"), из них женщин - 44 (88,0%), мужчин - 6 (12,0%); 50 человек с депрессивным эпизодом без коморбидного соматизированного расстройства (группа "ДЭ"). В исследование включались больные, находившиеся в период 1998-2002 г.г. на стационарном и амбулаторном лечении в отделениях пограничных состояний и дневных стационарах Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1, поликлиниках №1, №17, №10, поликлинике и больнице ИНЦ СО РАН г. Иркутска. Проведена сравнительная статистическая обработка данных (многомерный статистический анализ 237 признаков) по двум группам больных: алгический вариант соматизированного расстройства и депрессивное расстройство без коморбидной соматизированной симптоматики (кафедра информатики Иркутского института усовершенствования врачей, зав. - доцент И.М. Михалевич). Использовался критерий Стьюдента (сравнительная оценка средних величин); дискриминантный анализ (анализ отличий групп по комплексу показателей).

Результаты и обсуждение

Приведем характеристику больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства (группа "СР"). У 47 (94,0%) больных отмечен длительный период допсихиатрического наблюдения максимально до 240 месяцев, в течение которого они наблюдались в учреждениях общесоматической сети. Согласно данным амбулаторных карт, они наиболее часто имели диагноз "вегетососудистой", "нейроциркуляторной дистонии" и получали только соматотропную терапию. Средний период допсихиатрического наблюдения составил $46,8 \pm 6,6$ мес., что отражает длительный "марафон" [6] наблюдения и лечения у врачей различных специальностей. Вследствие этого несвоевременное направление больных на консультацию к психиатру.

У больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства выявлено от 4 до 7 локализаций патологических ощущений. Приведем их локализацию по убывающей частоте: голова - 98,0%, грудная клетка - 90,0%, конечности - 74,0%, брюшная полость - 74,0%, спина - 66,0%, суставы - 64,0%, шея - 32,0%, половые органы - 12,0%. Значительно реже встречались алгопатии в прямой кишке - 8,0%, в ротовой полости - 8,0%, в области малого таза - 6,0%, копчика - 4,0%, носоглотке - 4,0% и при мочеиспускании - 4,0%, в единичном наблюдении при менструации - 2,0%. Наиболее часто патологические ощущения были представлены алгиями с различными оттенками ("ноет", "давит", "пульсирует", "сжимает", "тянет", "распирает", "стучит", "ломит", "прокалывает"). Интенсивность патологических ощущений варьировала от легких ("побаливает", "поднывает") и умеренных до достаточно выраженных ("нестерпимая боль"). В 42,0% случаев алгические ощущения сочетались с простыми (термическими) сенестопатиями - ощущение "жжения", "огня", "жара". В подавляющем большинстве (в 76,2%) это были монолокальные сенестопатии.

Установлены различные оттенки и интенсивность болевых ощущений в области отдельного органа или части тела. Например, сочетание алгических ощущений в области сердца с термическими сенестопатиями - "в левой половине грудной клетки, в области сердца - ощущение жара, горячо, некомфортно". В отличие от болей при стенокардии у больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства болевые ощущения в грудной клетке отличались нетипичностью локализации и иррадиации, длительностью до нескольких дней, купировались приемом седативных средств.

Головные боли имели различную локализацию и характер. В ряде случаев сопровождалась болью в глазных яблоках, усиливались при перемене погоды, при эмоциональном и физическом напряжении. По характеристике больных в течение дня боль "то усиливается, то стихает", нередко ее интенсивность колеблется в соответствии с характером суточных колебаний состояния. Наблюдалось

сочетание головных болей с термическими сенестопатиями той же локализации - "голова болит, ноет, в голове жар".

Боли в брюшной полости не имели связи с приемом пищи, варьировали от ощущения легкого дискомфорта до "нестерпимых" спазмов. В двух наблюдениях больные с болями в брюшной полости доставлялись в хирургические стационары с подозрением на острую хирургическую патологию ("острый живот"), где после обследования данная патология исключалась.

Боли в верхних и нижних конечностях в большинстве случаев носили мигрирующий характер - "в ногах болевые ощущения перемещаются по бедру, из паха к колену, затем вниз к икре, к ступне", сочетались или чередовались с головными и кардиальными болями, могли усиливаться в ночное время, в период затрудненного засыпания с вечера, при движении, перемене положения тела ("малейшее движение усиливает боль"). Болевые ощущения могли возникать или усиливаться после физического или психоэмоционального напряжения, сопровождаться соматовегетативными симптомами.

Для снятия болевых ощущений или уменьшения их интенсивности больные принимали обезболивающие препараты, в большинстве случаев без эффекта или с кратковременным облегчением.

Сниженное настроение (гипотимия) у больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства обнаружены в 74,0% случаев. При оценке наличия сниженного настроения в данной группе необходимо отметить, что больные, у которых была диагностирована гипотимия, в 10,0% случаев на момент первичного обследования (на день "0" до начала терапии антидепрессантами) не предъявляли жалоб на сниженное настроение. В процессе начатой терапии к концу первой недели гипотимию удалось установить ретроспективно по контрасту состояния больного в ходе лечения ("после приема препаратов настроение стало совсем другим - улучшилось, смотрю на мир другими глазами"). В итоге лишь в 26,0% случаев больные не предъявляли жалоб на сниженное настроение активно или в результате целенаправленного расспроса.

В подавляющем числе наблюдений (74,0%) у больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства установлены утрата интересов и способности получать удовольствие от профессиональной деятельности ("утром поднимаю себя из-под палки, чтобы идти на работу"), общения ("хочется молчать, замкнулась, нет желания куда-то сходить, общаться, навестить родственников, отвечать на телефонные звонки"), занятия ранее любимыми увлечениями ("раньше любила рукоделие, вязать, вышивать, плести - сейчас нет желания, интерес пропал"); просмотра телевизионных программ и чтения книг ("несколько месяцев не брала в руки газет, забросила любимые книги, не включаю телевизор, радио - нет интереса"). Пропадает желание хорошо выглядеть, следить за

собой, сделать новую прическу, пользоваться косметикой, купить новую вещь.

Все без исключения больные с алгическим вариантом соматизированного расстройства предъявляли жалобы, на повышенную утомляемость, при этом ощущение слабости, отсутствие физических сил возникало даже в покое, в иных случаях это была выраженная утомляемость при незначительном усилии, либо, наиболее часто, несвойственная ранее повышенная утомляемость возникала в ответ на привычную профессиональную и бытовую нагрузку.

Почти у всех (96,0%) обследованных отмечались расстройства сна: трудность засыпания с вечера (ранняя инсомния), беспокойный сон с частыми пробуждениями среди ночи (средняя инсомния), пробуждения раньше на 2 часа и более, чем обычно (поздняя инсомния). Наиболее часто было сочетание ранней и средней инсомнии. Снижение аппетита обнаружено в 64,0% случаев в виде уменьшения потребности в приеме пищи, нестабильного аппетита или его отсутствия в сочетании с отвращением к виду и запаху пищи.

Более чем половина больных (64,0%) предъявляли жалобы на сниженную способность к концентрации внимания: затруднения в усвоении текста при чтении из-за "параллельных мыслей" ("читаю, а думаю о другом"); трудности при выполнении обычных профессиональных обязанностей - "трудно сосредоточиться на работе". Трудность концентрации внимания усиливалась при наличии постороннего раздражителя, во второй половине рабочего дня или при появлении болевых ощущений, например, головной боли. Около половины больных (46,0%) говорили о появлении несвойственной ранее сниженной самооценки и чувства уверенности в себе при выполнении обычных профессиональных обязанностей; решении обыденных бытовых проблем.

В качестве своеобразного мировоззрения [7] или денотата [8] переживаний больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства выступали: потеря смысла жизни ("жизнь утратила смысл"), нежелание жить ("устала от жизни, лучше бы умереть, надоело болеть") с наличием/отсутствием "суицидальных мыслей и действий" - 26,0%; мрачное и пессимистическое видение будущего ("все плохо, перспектив впереди нет никаких") - 20,0%; значительно реже диагностировались идеи виновности и самоуничтожения в виде чувства вины перед близкими из-за невозможности в силу болезненного состояния уделять им столько же внимания как раньше, за какие-либо незначительные просчеты в прошлом - 14,0%.

Установленная в ходе настоящего обследования аффективная симптоматика больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства дает основание для диагностики в его структуре депрессивного расстройства (депрессивного эпизода по МКБ-10). С учетом критериев МКБ-10, включая типичные симптомы депрессии и симптомы из перечня "а-ж", больные с алгическим

вариантом соматизированного расстройства по тяжести депрессивного эпизода распределились следующим образом: легкий депрессивный эпизод - 40,0%, умеренный - 46,0%, тяжелый без психотических симптомов - 14,0%. Соматический (витальный) синдром по МКБ-10 диагностирован в 44,0% случаев. Средний балл по шкале депрессии Гамильтона (HDRS) составил $17,8 \pm 0,5$, причем в 54% отмечен большой депрессивный эпизод, в 46% - малый депрессивный эпизод.

Тревожные расстройства были представлены психической и соматической тревогой. Приведем характеристику психической тревоги. Навязчивые тревожные опасения ипохондрического содержания имели конкретную фабулу - "страх за свое здоровье", усиливались при возникновении болей в брюшной полости и тошноты ("появляются противные, неотвязные мысли, опасения не выходят из головы: возможно, что больна раком, врачи от меня скрыли что-то, не досказали"). В ином случае навязчивые тревожные опасения не имели конкретной фабулы и сопровождалась элементарными поведением избегания - "берегу себя, этого мне делать нельзя, того нельзя, переживаю, не стало бы хуже". Тревожная озабоченность своим физическим состоянием появлялась или усиливалась при возникновении болевых ощущений в различных органах и частях тела - "врачи говорят, что здорова, а у меня болит. Почему не могут поставить диагноз, уточнить причину болезни?". Психологически понятные тревожные опасения по поводу своего физического здоровья формировались в условиях неопределенности диагностической оценки и отсутствии эффекта от проводимого лечения на этапе допсихиатрического наблюдения. Навязчивости индифферентного содержания (36,0%) были представлены навязчивыми воспоминаниями прошедшего дня, воспоминаниями об умерших родственниках, возникали наиболее часто в период затрудненного засыпания либо при пробуждении среди ночи при невозможности повторно уснуть.

Соматическая тревога была представлена проявлениями вегетативной гиперактивности. Жалобы на учащенное сердцебиение (78,0%) возникали без внешних причин или при психоэмоциональном напряжении, сопровождалась ощущением "сердечных толчков", субъективным чувством перебоев и замирания сердца. Головокружение не системного характера (74,0%) появлялось в любое время суток, длилось в большинстве случаев несколько часов. Тошнота (72,0%) наиболее часто возникала в утренние часы после пробуждения, сопровождалась снижением аппетита, усиливалась при появлении резких запахов, при психоэмоциональном напряжении или после физической нагрузки. Повышенная потливость (68,0%) в большинстве случаев носила ограниченный характер, реже - генерализованный. Инспираторная одышка (60,0%) сопровождалась ощущением "неполного вдоха", "не могу вдохнуть полной грудью, не хватает воздуха, дышу очень часто", для

облегчения своего состояния больные расстегивали или снимали одежду, открывали окна и форточки, выходили на улицу. Приливы жара или холода (50,0%) наиболее часто локализовались в верхней половине туловища и голове - "как волной окатило", "как ведро кипятка вылили". Для уменьшения жалоб на сухость во рту (46,0%) вне связи с приемом лекарственных препаратов ("сохнут губы, слизистая полости рта, даже языком тяжело шевелить") больные многократно полоскали рот, пользовались мятными леденцами. Жалобы на затруднение при глотании или ощущение комка в горле (34,0%) в некоторых случаях субъективно мешали прохождению пищи и свободному дыханию, что вынуждало больных обращаться к эндокринологу для исключения патологии щитовидной железы. Учащенное мочеиспускание (28,0%) возникало как в дневное, так и в ночное время, в ряде случаев нарушало профессиональное и бытовое функционирование больного.

У четверти больных установлен типичный суточный ритм в виде наиболее тяжелого состояния в утренние часы и улучшения настроения к вечеру, уменьшения интенсивности соматовегетативных и болевых ощущений. В 20,0% случаев отмечены нетипичные суточные колебания с ухудшением состояния в вечерние часы с усилением чувства тревоги и навязчивых тревожных опасений. У большей половины (56,0%) больных с алгическим вариантом соматизированного расстройства суточный ритм был не выражен, свое состояние они характеризовали плохим на протяжении всего дня. Значительно усугубляла состояние большинства (80,0%) больных повышенная раздражительность, сопровождающаяся в большинстве случаев гиперестезией ("необходима тишина, не выношу громких звуков, раздражает громкий шум, музы-

ка"). В 60,0% случаев они предъявляли жалобы на плаксивость. Слезы могли возникать беспричинно или по малозначимому поводу.

Приведем результаты сравнительного анализа депрессивной и тревожной симптоматики с наличием (группа "СР") и отсутствием (группа "ДЭ") коморбидного соматизированного расстройства. Напомним, что группу больных с депрессивным эпизодом без коморбидного соматизированного расстройства в настоящем исследовании составили 50 человек. Критерии включения были идентичными группе с алгическим вариантом соматизированного расстройства. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу. С использованием t-критерия выделен ряд признаков, по которым для двух групп больных (алгический вариант соматизированного расстройства с коморбидной депрессией и тревогой - группа "СР" и депрессивное расстройство без коморбидного соматизированного расстройства - группа "ДЭ") проведен дискриминантный анализ. Отмечены достоверные различия в тяжести депрессивного расстройства (ДЭ по МКБ-10), отсутствии жалоб на сниженное настроение, частоте гипотимии при ретроспективной оценке своего состояния по контрасту после начала лечения, представленности симптома утраты интересов и способности получать удовольствие, ранговом месте типичных симптомов депрессии в жалобах, наличии соматического синдрома, частоте проявлений витализации тоски и тревоги, представленности навязчивых тревожных опасений, проявлений вегетативной гиперактивности в структуре FTP, частоте типичного и нетипичного суточного ритма, анорексии, особенностях инсомнии, частоте аллопатий и сенестопатий (табл.1).

Таблица 1.

Клинические признаки, имеющие достоверно значимые различия в сравниваемых группах "СР" и "ДЭ"

Признаки	Частота встречаемости признаков				
	Группа "СР"		Группа "ДЭ"		P
	п	%	п	%	
Тяжесть ДЭ по МКБ-10:					
легкий ДЭ	20	40,0	4	8,0	P<0,05
тяжелый ДЭ	7	14,0	26	52,0	P<0,05
Нет жалоб на сниженное настроение	13	26,0	5	10,0	P<0,05
Констатация гипотимии после начала терапии по контрасту	5	10,0	1	2,0	P<0,05
Утрата интересов и способности получать удовольствие	37	74,0	48	96,0	P<0,001
Сниженный аппетит	32	64,0	43	86,0	P<0,05
Поздняя инсомния	8	16,0	20	40,0	P<0,05
Навязчивости ипохондрические	32	64,0'	12	24,0	P<0,001
Витализация тоски	6	12,0	15	30,0	P<0,05
Витализация тревоги	11	22,0	2	4,0	P<0,05
Ажитация	1	2,0	9	18,0	P<0,05
Характерные суточные колебания	12	24,0	28	56,0	P<0,001
Суточный ритм не выражен	28	56,0	12	24,0	P<0,001
Соматический синдром	22	44,0	43	86,0	P<0,001
Сенестопатии монолокальные	16	32,0	5	10,0	P<0,05
Сенестопатии полилокальные	1	2,0	7	14,0	P<0,05

В заключение подчеркнем, что диагноз соматизированного расстройства устанавливается при исключении органической основы жалоб больного путем тщательного соматического обследования. Терапия с учетом представленности депрессивного расстройства, проявлений психической и соматической тревоги должна осуществляться в

сотрудничестве врача-психиатра и врачей общесоматической практики. Своевременная диагностика и лечение соматизированного расстройства позволяет сократить сроки необоснованного и неэффективного лечения больных в общесоматической сети, затраты ресурсов здравоохранения,

THE STRUCTURE OF SOMATIZATION DISORDER FROM THE POSITION OF INTEGRATIVE ESTIMATE

O.V. Petrounko

(Irkutsk Institute for Advanced Medical Studies)

There have been investigated 100 patients. 50 patients (female - 44, male - 6) with pain variant of somatization disorder (DSM-IV), 50 patients with depressive disorder without comorbid somatization disorder and rather late manifest of disease (35-55 years) have been investigated. The structure of pain variant of somatization disorder from the position of integrative estimate has been studied. The presence of depressive (depressive episode - ICD-10) and anxiety (mental and somatic anxiety) symptomatology in the structure of somatization disorder has been revealed, the features of sensory sensations in the aspect of differentiation from pathological sensations in somatic diseases have been described. The necessity of cooperation between doctor - psychiatrist and doctors of general practice at diagnostics and treatment of somatization disorder has been proved.

Литература

1. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение I. Псевдоорганическая невросоматическая симптоматика // Журн. невропатол. и психиатр. - 1978. - Вып. №6. - С.857-862.
2. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. - Иркутск, 2001.-384 с.
3. Вертоградова О.П. Психосоматические расстройства и депрессии (структурно-динамические соотношения) // Тезисы докладов 8 Всесоюзн. съезда невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988. - Т.3. - С.226-228.
4. Краснов В.Н. Структурно-динамический анализ как инструмент психопатологической диагностики и основа терапевтической тактики при аффективных и аффективно-бредовых состояниях // Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы) / Под ред. проф. Г.П. Пантелесовой и проф. М.Я. Цуцульковской. - М., 1998. - С.44-48.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Всемирная организация здравоохранения. - С.-Петербург, 1994. - 303 с.
6. Мелик-Пашаян М.А., Сукиасян С.Г. Соматизированные психические нарушения в рамках эндогенной аффективной патологии // Эндогенная депрессия (клиника, патогенез). Тез. докл. науч. конф. - Иркутск, 1992.-С. 70-71.
7. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.А. Аффективные психозы. -Л., 1988.-264 с.
8. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. с соавт. К психопатологической структуре депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1996. - Вып.3. - С.12-19.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: APA Press, 1994. - 567 p.
10. Gureje O., Simon G.E., Ustun T.B. et al. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care // Am. J. Psychiatry. - 1997. - Vol.154, N.7. -P.989-995.
11. Gureje O. The influence of depression and anxiety on the course of somatization in primary care // Somatoform disorders: a worldwide perspective / Y. Ono, A. Janca, M. Asai, N. Sartorius (Keio University symposia for life science and medicine; 3). - Springer - Verlag, Tokyo, 1999. - P.141-145.
12. Katon W., Kleinman A., Rosen G. Depression and somatization: a review. Part I // Am. J. Med. - 1982. - Vol.72, N.1. -P.127-135.
13. Kielholz P. Psychosomatic aspects of depressive illness - masked depression and somatic equivalents. In Kielholz P. (ed.) Masked Depression. An intern, symp. St.Moritz 8-10 Jan. 1973. Bern - Stuttgart - Vienna: Huns Huber Publ., 1973. - P.153-157.
14. Lopez Ibor J.J. Masked depression // Brit. J. Psychiatry. - 1972. - Vol. 120. - P.245-258.
15. Smith G.R. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain // Gen. Hosp. Psychiatry. - 1992.- Vol.14, N.4. - P.265-272.