

12. Перелыгин Р.В. и др. Автоматическая регистрация потенциала покоя эритроцитов / Сб. тр. КГТУ. – 2002.
13. Попов М.П., Боенко И.Д. О роли двойного электрического слоя в процессах агрегации и адгезии форменных элементов крови. / Сб. науч. тр. КГМУ. – 1980.
14. Попов М.П. К вопросу о корреляционной взаимосвязи между энергией взаимодействия красных клеток крови и их агрегационным статусом. / Сб. тр. КГМУ. – 1980.
15. Тиленина Т.К., Попов М.П. О корреляционной связи фибриногена с ЭФП у людей с ИБС // Кардиология. – № 5. – 1989.

УДК: 616.12-008:577.112.6]:616.831

ЦЕНТРАЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н.М. АГАРКОВ, Б.Д. ЖИДКИХ, С.А. ПРИБЫЛОВ, Н.Н. ПРИБЫЛОВА*

Основоположники русской медицинской школы распространяли направление в медицине, которое подразумевало формулирование функционального диагноза как промежуточного этапа в индивидуализации больного. Индивидуализированный диагноз помогает врачу многое сделать ясным и облегчает его задачу в вопросе прогноза заболевания, при выборе рационального лечения и профилактики [1, 2]. Диагноз недостаточности кровообращения (НК) отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) при нагрузках, предъявляемых организму, включая эмоциональные [5]. Прогресс в фармакологической коррекции НК привел к улучшению прогноза, но качество жизни больных оставляет желать лучшего [3–4, 6–7].

Цель – изучение взаимодействия ССС и системы крови при хронической сердечной недостаточности (ХСН) при адаптации.

Таблица 1

Структура психопатологических реакций при НК 1, 2, и 3 стадиях

Тип психопатологической реакции	НК 0 стадии		НК 1 стадии		НК 2 стадии	
	Абс. частота	Накопл. относит. частота, %	Абс. частота	Накопл. относит. частота, %	Абс. частота	Накопл. относит. частота, %
Неврастеническая реакция	27	100,0	4	66,7	2	33,3
Депрессивная реакция	20	90,0	8	100,0	3	100,0
Истерическая реакция	6	80,0				
ДЭП	4	70,0	5	83,3	3	100,0
Невроз навязчивостей	3	60,0				
Астенический синдром	2	50,0	1	50,0		
Мигрень	1					
Реакция тревоги	1					
Эпилептиформный синдром	1	40,0				
Ипохондрический синдром	1					
Анозогнозическая реакция			1			
Невротическое развитие личности			1	50,0		

Материалы и методы. Значимость психопатологических реакций в прогрессировании патологического процесса в ССС изучался в сопоставлении степени НК у 96 больных гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) и заключений психотерапевта, полученных из анализа историй болезни больных. Статистическая обработка данных произведена с помощью таблиц сопряженности статистического пакета SPSS. Изучение динамики уровня гемоглобина (Hb) при различных стадиях НК в процессе лечения проводилось у больных с ГБ и ИБС. Из проанализированных 311 историй болезней кардиологических больных, 150 чел. составили больные с НК 0, 113 – с НК 1 и 48 – с НК 2. Статистическая обработка данных проведена путем

однофакторного дисперсионного анализа, корреляционного анализа и критерия множественных сравнений Ньюмена – Кейлса с использованием пакета программ BIOSTAT.

Результаты. Структуру типов дизадаптации см. в табл. 1.

Табличные данные обнаруживают закономерную динамику типов психопатологических реакций в зависимости от стадии НК в виде постепенного преобладания в их структуре дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП), объясняющегося развитием атеросклеротического процесса, в т.ч. в сосудах головного мозга. Параллельно, начиная с НК 1 стадии, в структуре форм дизадаптации преобладает депрессивная реакция, которая стабильно сопровождает процесс органических изменений в ССС. Процент неврастенической реакции по мере прогрессирования патологического процесса убывает, то прогрессирование морфологических изменений в организме связан с недостаточностью компенсаторных механизмов, заложенных в адаптивной реакции. Что касается других психопатологических форм (тревоги, астении, навязчивости, ипохондрии и истерии и др.), то их значимость очевидна на начальном этапе развития патологии ССС.

Депрессивная реакция становится основой прогрессирования психосоматического механизма в развитии у больных хронической сердечной недостаточности 2–3 стадии, III–IV функционального класса, что ухудшает церебральный кровоток, угнетает память, настроение, мыслительную деятельность и ведет к появлению гипоксической и ДЭП. Вторичная (соматогенная) депрессивная реакция способствует формированию порочного круга и приводит к ухудшению качества жизни больных с ХСН [2, 4, 6–7, 10]. На начальном этапе развития ХСН при преобладании неврастенической формы дизадаптации, значение имеет раннее проведение психотерапевтических процедур с использованием психологических методов коррекции, применение психотропных препаратов параллельно с базисным лечением основного заболевания согласно федеральному руководству по использованию лекарственных средств, VI выпуск, 2005 г.

Таблица 2

Уровень гемоглобина при различных стадиях НК до и после лечения

Группа больных	n	Статистический критерий	M±tm	rs	P
НК0 до лечения	150	Ньюмена – Кейлса	135,0±27,07		<0,05
НК1 до лечения	113		142,3±31,03*		
НК2 до лечения	48		141,7±30,87*		
НК0 до лечения	38	однофакторный дисперсионный анализ	134,5±32,91		0,046
НК0 после лечения	38		132,6±25,27		
НК1 до лечения	14	однофакторный дисперсионный анализ	139,6±36,89		0,932
НК1 после лечения	14		139,1±32,31		
НК2 до лечения	12	однофакторный дисперсионный анализ	135,3±30,27		0,551
НК2 после лечения	12		131,8±25,52		
НК0 до лечения	38	Критерий Спирмена		0,327	0,046
НК0 после лечения	38				
НК1 до лечения	14	Критерий Спирмена		0,691	0,007
НК1 после лечения	14				
НК2 до лечения	12	Критерий Спирмена		0,430	0,104
НК2 после лечения	12				

Примечание. * – достоверное отличие с больными с НК 0.

При депрессии превалирует пониженное настроение, сочетающееся с вегетативными симптомами. Нозологическое положение этой формы недостаточно очерчено, поэтому не без осно-

* Курский ГМУ, КГТУ

вания отечественными клиницистами она относилась к неврастении (гипостенической форме), а в англо-американской литературе представлена как самостоятельное заболевание (МКБ 10). Мы подразумеваем наличие у больных невротической (не эндогенной депрессии) реакции на длительную психотравмирующую ситуацию, когда структурно-функциональные особенности нервной системы участвуют в компенсаторных и восстановительных процессах. Выявленная закономерность требует разработки нового в лечении кардиопатологии, особенно профилактического блока. А главное – пересмотра взглядов на психосоматическую направленность и смещение акцента с отрицательной роли депрессии в механизме прогрессирования заболеваний ССС на неврастеническую форму дезадаптации, как ресурс и индикатор в регулировании патологического процесса в ССС на ранних стадиях ХСН. Понимание физиологической организации нервных механизмов гомеостаза и адаптации, возможность их регулирования имеют огромное значение. Клиническая медицина отказывается от лечебных мероприятий, «стабилизирующих» физиологические процессы (симптоматическая фармакотерапия, режим покоя, функциональная иммобилизация и др.). Активные действия, усиливающие возможность адаптационных механизмов нервной системы, позволяет добиться быстрого излечения и полной реабилитации, и эти мероприятия надо начинать как можно раньше.

В кардиологии, ориентированной на морфологический субстрат, принято различать НК, связанную с поражением сердца, и НК, отражающую влияние сосудистого компонента в механизмах НК. Именно на функционирование этих составляющих ССС направлены усилия лечения, и надо учитывать, что нарушение нормальной работы органов и тканей вызвано недостатком нужного количества крови из-за неправильной работой сердца и сосудов и нарушением качественного ее состава. Результаты статистической обработки приведены в табл. 2.

Таблица 3

Связь гемоглобина, эритроцитов и цветового показателя у больных с различной стадией НК и формой психопатологической реакции до и после лечения

Нозология	n	Лабораторный показатель	gs	P
НК 0	146	Hb /эритроциты	0,851	2,000
	146	Hb /цветовой показатель	0,488	<0,001
	146	Hb /цветовой показатель	0,388	<0,001
НК I	116	Hb /эритроциты	0,889	2,000
	116	Hb /цветовой показатель	0,491	<0,001
	116	эритроциты/цвет. показатель	0,326	<0,001
НК II	44	Hb /эритроциты	0,914	<0,001
	44	Hb /цветовой показатель	0,464	0,002
	44	эритроциты/цвет. показатель	0,300	0,048
Депрессия	30	Hb /эритроциты	0,893	<0,001
	30	Hb /цветовой показатель	0,305	0,101
	30	эритроциты/цвет. показатель	0,147	0,435
ДЭП	12	Hb /эритроциты	0,952	<0,001
	12	Hb /цветовой показатель	0,407	0,184
	12	эритроциты/цвет. показатель	0,325	0,287
Неврастения	35	Hb /эритроциты	0,876	<0,001
	35	Hb /цветовой показатель	0,595	<0,001
	35	эритроциты/цвет. показатель	0,450	0,007
Истерия	42	Hb /эритроциты	0,810	<0,001
	42	Hb /цветовой показатель	0,424	0,005
	42	эритроциты/цвет. показатель	0,222	0,156

В группе больных с НК 0 повторное назначение общего анализа крови встречалось в 25,33%, а у больных с НК I и НК II – соответственно 12,39 и 25%. Преобладание повторно обследованных больных с НК 0 и НК II в группе кардиологических больных можно объяснить диагностическими затруднениями в первом случае, а в случае с больными с НК II – тяжестью патологического процесса, при котором возникла необходимость в объективизации динамики лечебных мероприятий. Данные говорят о достоверном преобладании уровня Hb у больных с НК I и II стадиями до лечения в сравнении с больными с НК 0.

Однофакторный дисперсионный анализ не обнаруживает достоверных различий в уровне Hb у больных всех стадий НК. Проведенная корреляция выявила достоверную положительную связь в показателях Hb до и после лечения у больных с НК 0 и I стадиями и ее отсутствие лиц с НК II. Динамика уровня Hb до и после лечения может говорить об изменении состояния системы крови из-за отрицательного влияния лечения на транспортную функцию Hb у больных с НК II стадией. Эта тенденция не логична в плане использования компенсаторных механизмов для выздоровления и подсказывает тактику лечения, построенную на взаи-

модействии ССС и системы крови для продуктивной регуляции патологического процесса. Тенденция к депрессии Hb при нарастании степени ХСН требует патогенетической терапии препаратами железа, витамина В12 при нарастании анемии.

Физиологические колебания Hb происходит параллельно колебаниям числа эритроцитов, но не всегда, особенно при некоторых формах анемий. Поэтому значение приобретает определение цветового показателя, характеризующего среднее содержание Hb в каждом эритроците по отношению к норме. Представление о непрерывной и тонкой нейрогуморальной регуляции системы крови и создания устойчивого динамического равновесия послужило поводом для корреляционного анализа этих показателей. Всю цепь нервных, гормональных и гуморальных импульсов и воздействий координирует кора головного мозга – по определению И.П. Павлова «высший регулятор и распорядитель» всех функций организма. Гипотезой представленного ниже фрагмента исследования было то, что нарушение в соотношении Hb, эритроцитов и цветового показателя в зависимости от типа адаптивной реакции и степени НК у больных ГБ и ИБС (табл. 3.)

Табл. 3 говорит о параллельном колебании количества эритроцитов, Hb и цветового показателя у больных с НК II стадией и лиц с неврастенической реакцией, что на первый взгляд может показаться не вполне логичным. Кажущееся несоответствие становится объяснимым, если учесть адаптивную составляющую в представленных патологических состояниях. Гомеостаз в известной мере может перестраиваться на новый уровень, более адекватный для конкретных условий, что и служит основой адаптации. Процесс этот относительно инертный. Именно поэтому на начальных стадиях повышенных требований к организму происходит подстройка всех систем организма для более стойкого и надежного функционирования организма, наиболее рационального для данных условий. В такой саморегуляции особая роль отводится ЦНС с использованием «опережающего» возбуждения. Неврастеническая реакция выступает оптимальным режимом работы нервной системы, ведущий к выравниванию показателей эритроцитов, Hb и цветового показателя, поэтому эту реакцию рассматривают как ответ на предшествующую инертность физиологических и психических процессов. Знание вопросов саморегуляции дает выработать адекватную тактику ведения больных с НК с применением психологической коррекции. Эти аспекты позволяют индивидуализировать медикаментозную терапию, успешность которой будет зависеть от приверженности больного к лечению, что является результатом терапевтического альянса участников лечебного процесса. Больные с НК I и НК II имеют разное представление о своей роли для выздоровления (табл. 4).

Таблица 4

Мотивация к лечению больных с НК I и НК II

Тип установки на лечение	Стадия НК	Число больных	M±tm	P
Достижение инсайта	НК I	18	10,62±7,90	0,744
	НК II	22	11,06±6,77	
Изменение поведения	НК I	18	12,31±6,93	0,040*
	НК II	22	14,39±3,66	
Симптоматическое улучшение	НК I	18	14,62±5,40	0,537
	НК II	22	14,06±4,48	
«Выигрыш от болезни», включая пребывание в больнице	НК I	18	20,62±11,56	0,805
	НК II	22	21,06±7,90	
Иная мотивация, вкл. пассивную позицию	НК I	18	29,77±10,07	0,667
	НК II	22	28,94±10,49	

Результаты демонстрируют большую готовность больных с НК к изменению поведения, что ко многому обязывает врача, и вынуждает задуматься над значимостью ежедневных с ним контактов, ограничивающихся отслеживанием динамики физиологических показателей и сбором информации о самочувствии. Своей готовностью к изменению поведения больные подсказывают врачу, чтобы он активно и профессионально участвовал в их

судьбе и разграничивал понятия: «лечение» и «ведение» больных и видел смысл не только в наблюдении за эффектом лекарств, а в поисках пути в выздоровлении посредством модификации поведения, установок, взглядов. Современные подходы, базирующиеся на схемах и стандартах, в т.ч. и «золотых», оставляют мало шансов на искоренение недуга. Неэффективность лечения обусловлена и регламентирующими инструкциями лечебного процесса, и психологией больного. Структурно-функциональные изменения подвергаются лучшей коррекции на начальных этапах, но большая готовность к модификации своего поведения больные с НК II имеют в период разгара болезни. Низкая результативность поведенческой терапии обусловлена и тем, что больные не способны устанавливать причинно-следственные связи, искать смысл своего поведения в системной работе собственного организма, о чем говорит отсутствие достоверных различий в установке на инсайт. Может быть это результат сопутствующей депрессии? Проведенная корреляция выявила единственную установку «пассивность позиции» у больных с НК I, да и то лишь на уровне тенденции ($r_s=0,505$; $P=0,078$).

Заключение. Высшие отделы мозга обеспечивают процессы адаптивного управления. Они связаны с изменением программ саморегуляции в зависимости от вариации условий среды, биологической и экологической значимости воздействий. На основе прогнозирования они повышают эффективность управления в зависимости от вероятностной структуры раздражителей, формируют реакции, обеспечивающие активное и устойчивое состояние биологических самоорганизующихся систем.

Литература

1. Маколкин В.И., Ромасенко Л.В. Психосоматические расстройства в клинике внутренних болезней. – М., 2003. – 24 с.
2. Соколова Е.Д., Манухина. Н.М. // Психологич. ж. – 2000. – № 1. – С.143–144.
3. Albu J.B. et al. // IDS Read. – 2003. – № 13. – P.20–24.
4. Critchley H. // Br. Med. Bull. – 2003. – № 65. – P.35–47.
5. Fauvel J.P. // Ann. Cardiol. Angeiol. – 2002. – № 51. – P.76.
6. Goto Y. // Nippon. Rinsho. – 2003. – № 61. – P.851–856.
7. Helgeson V.S. // Qual. Life Res. – 2003. – № 12. – P.25–31.

УДК 343.95

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Д.М.БОРИСОВ*

Непсихотические психогенные расстройства всегда оставались в тени клинически ярких реактивных психозов. Поэтому важность изучения пограничных психогенных реакций в судебной психиатрии определяется изменением клинической картины расстройств и введением в классификацию посттравматических стрессовых расстройств, соматоформных расстройств). В судебно-психиатрической практике психогенные реакции представлены пограничным, непсихотическим регистром расстройств, а фокус внимания судебных психиатров нацелен на изучение реактивных психозов. Патоморфоз психогенных расстройств проявился в исчезновении синдрома Ганзера, реже стали встречаться псевдодеменции, психогенный ступор, пуэрилизм – произошло смягчение психогенных состояний с редуцированием грубых истероформных проявлений и переход на поверхностные регистры в шкале психопатологических расстройств [9–10].

Само правонарушение, арест, судебно-следственные действия являются социально-стрессовыми факторами, последствия которых выражаются в формировании картины посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Формирование симптомокомплекса ПТСР изучается в контексте круга ситуаций, выходящих за рамки обычного человеческого опыта. Хотя ранее возникновение ПТСР связывали с чрезвычайными событиями, угрожающими жизни человека (боевыми действиями, техногенными и природными катастрофами, заключением в концентрационные лагеря) [1, 2, 5, 8, 12, 14], то ныне ученых стали привлекать иные события (утрата близкого человека, члена семьи, вынужденная миграция, нозогенные реакции на тяжелое соматиче-

ское заболевание) в аспекте их роли в формировании ПТСР [11, 15]. ПТСР является современным определением известных в прошлом психических нарушений у лиц, переживших чрезвычайную ситуацию, описывавшихся в рамках психогенных реакций, состояний, личностных развитий [1]. Выделение его в качестве вида психогенных нарушений имеет значение для разработки профилактических и реабилитационных программ [7].

Материал и методы. Обследовано 104 мужчины, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, и признанных вменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний. Из них 12 чел. направлены в психиатрические стационары до выхода из временного болезненного состояния и 25 чел. признаны ограниченно вменяемыми с применением ст. 22 УК РФ. 98 чел. обследовано в экспертных клиниках ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, остальные 6 чел. – в Московской психиатрической больнице №5. В ходе экспертизы применялись клиничко-психопатологический, клиничко-физиологический, клиничко-психологический, статистико-математический методы исследования. Квалификация выявляемых психических расстройств велась на основании клиничко-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) [6, 13]. Исследование состояния испытуемых велось с помощью интервью и изучения медицинской документации. Для уточнения ряда психопато- и психологических характеристик применялись клинические опросники и экспериментально-психологические методики: гиссенский опросник соматических жалоб, торонтская алекситимическая шкала, шкала последствий событий, опросник депрессии, опросник личностной и реактивной тревоги, цифровой тест на вербальную непосредственную память из батареи Векслера, тест руки. Для объективизации соматического статуса применяли метод анализа вариабельности сердечного ритма (BCP), оценивающий функциональное состояние регуляторных систем организма. Сердечно-сосудистая система прямо контролируется автономной нервной системой, которая осуществляет вегетативные регуляторные функции на уровне организма и находится под контролем высшей нервной деятельности. BCP отражает биомеханику сердца и состояние регуляторных процессов в организме и является мерой дис- или адаптированности организма к влияниям внешней среды. Для анализа BCP применялся серийный комплекс «Варикард-1,5» с программным обеспечением (обследуемому делалось три 5-минутные записи ЭКГ: в покое, при нагрузке, и после, которые анализировались). Применяли методы стандартной обработки на ЭВМ наряду со статистическими методами расчета для получения абсолютных чисел, экстенсивных показателей, статистической достоверности различий сравниваемых величин (р).

Результаты. Средний возраст обследованных 30,3±8,6 лет. На первом этапе работы для изучения характера психогенных расстройств в условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы изучены психические и психосоматические характеристики подэкспертных с учетом их нозологической принадлежности. 84% подэкспертных имели психогенные нарушения. Клиническая картина отличалась разбросом от астено-невротических расстройств до острых психотических состояний. Во время интервью 78% лиц предъявляли жалобы на психическое состояние (часто – на раздражительность, подавленное настроение, нарушение сна). В процессе беседы у 56% лиц были признаки подавленности. У 26% лиц – признаки моторной заторможенности. Часть лиц в ходе обследования выказывала недовольство, раздражительность, у них были трудности в соблюдении режима содержания. 67% подэкспертных не имеют чувства вины в связи с правонарушениями и считают, что следственная изоляция и наказание превышают тяжесть их деяний, 90% обеспокоены своей судьбой.

Наиболее значимые нозологические категории (по основному диагнозу) подэкспертных составили больные с органическим поражением головного мозга – 55 чел., психопатиями – 25 чел., а также лица без нозологического диагноза (12 чел.). Нозологические диагнозы вносили своеобразие в клиническую картину

*Кафедра социальной и судебной психиатрии ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова на базе ГНЦ ССП им. В.П.Сербского